منظمة الصحة العالمية

دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية

دمشق ٢٠٠١

الإهداء

إلى روح الأب الغالي حافظ الأسد
راعي العلم والعلماء

وإلى حبيب الشعب الدكتور بشار الأسد
حامل لواء الحداثة والتطوير

الشكر

يتوجه مدير مشروع الصحة النفسية ومعدّوا هذا الدليل بجزيل الشكر والامتنان إلى منظمة الصحة العالمية لدعمها ورعايتها لهذا العمل وإلى السيد وزير الصحة الدكتور محمد إياد الشطي لتوجيهاته واقتراحاته التي ساهمت في إنجاز هذا العمل .

تنفيذاً لتوجيه السيد رئيس الجمهورية العربية السورية بالاستمرار في تعزيز الرعاية الصحية للمواطنين وتطوير أداء القوى البشرية العاملة في المجال الصحي ، وتمشياً مع إستراتيجية منظمة الصحة العالمية الهادفة إلى دمج الرعاية الصحية النفسية في نطاق الرعاية الصحية الأولية ، أخذت وزارة الصحة على عاتقها تطوير برامج الصحة النفسية والعقلية من حيث أماكن الاستشفاء وعيادات الاستشارات وتأهيل الأفراد وتوفير الدواء .

وهذا الكتاب ، خطوة واثقة في هذا الاتجاه الإنساني ، ستتبعه خطوات أخرى نأمل أن يلمس المواطن تأثيراتها الإيجابية قريباً .

وزير الصحة

الدكتور محمد إياد الشطي

مقدمة الدليل

تم إعداد هذا الدليل ضمن مشروع الصحة النفسية الذي تنفذه وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية من أجل تحقيق هدف سام هو دمج الصحة النفسية في مجال الرعاية الصحية الأولية .

الصحة النفسية هي جزء أساسي من الصحة بشكل عام ، يتم التعرف عليها من خلال مقدرات الشخص المعرفية والانفعالية وعلاقاته الوظيفية والاجتماعية ، فالشخص الصحيح نفسياً هو شخص لديه قدرة على التلاؤم مع شدات الحياة ويستطيع العمل بشكل منتج ومثمر ويستطيع أن يساهم إيجابياً في مجتمعه . إن اضطراب الصحة النفسية يضعف أو ينهي احتمال الوصول إلى كل أو جزء مما سبق . إن المعالجة والوقاية من الاضطرابات النفسية تفسح المجال لتحقيق كامل الإمكانات الكامنة لدى الإنسان .

تدل الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الأمراض النفسية بين كل الشعوب متشابهة ولا يوجد اختلاف في انتشارها بين البلاد النامية والصناعية ولكن قد تختلف المظاهر المرضية . فقد وجد أن ٣٠% من مجموع السكان يعانون من أزمات واضطرابات نفسية خلال فترة من فترات حياتهم ، ولا يلجأ للطبيب النفسي إلا حوالي ٢,٣% منهم ولا يدخل مشفى الأمراض النفسية إلا ٠,٥% منهم وأما الغالبية منهم يلجأون للأطباء الممارسين أو الأطباء من اختصاصات مختلفة ، لذا يجب الاهتمام بتعليم الطب النفسي

وتوعيـة الأطبـاء الممارسـين ومـن الاختصاصـات الأخـرى حـول الأمراض النفسية .

تـم إعـداد هـذا الـدليل بنـاء علـى النظـرة الحديثـة للأمـراض النفسـية وعلى التطورات الهامة التي شهدها الطب النفسـي ، لـذا تـم التركيـز فيـه علـى مصـطلحات الطـب النفسـي الأساسـية وتصـنيف الأمـراض النفسية والشـرح التفصـيلي مـن ناحيـة التشـخيص والرعايـة والعـلاج والوقايــة لعــدد هــام مــن الأمــراض النفســية التــي أول مــا يطلــب المصــابون بهــا المســاعدة مــن الأطبــاء الممارســين والعــاملين فــي الرعاية الصحية الأولية .

نتمنـى أن نكـون قـد وفقنـا مـن خـلال مـا قـدمناه فـي هـذا الـدليل عـن بعض الأمـراض النفسـية الأساسـية فـي وضـع اللبنـة الأولـى لتشـييد دور العـاملين فـي الرعايـة الصـحية الأوليـة فـي الكشـف المبكـر عـن الاضطرابات النفسية وفـي رعايـة المـريض النفسـي ومعالجتـه قريبـاً مـن أهلـه وضـمن بيئتـه ومجتمعـه والمحافظـة علـى دوره الـوظيفي والاجتماعي بشكل مرض له وللمجتمع .

مدير مشروع الصحة النفسية

د.بيير شنياره

محتويات الدليل

البحث السادس : الاضطرابات الذهانية الأخرى :

١- الاضطراب فصامي الشكل .
٢- الاضطراب الذهاني قصير المدى .
٣- اضطراب الفصام الوجداني .
٤- الاضطرابات التوهمية .
٥- الاضطراب الذهاني المشارك .
٦- ذهان ما بعد الولادة .

البحث السابع : اضطرابات المزاج :

١- تصنيف اضطرابات المزاج .
٢- وبائيات اضطرابات المزاج .
٣- أسباب اضطرابات المزاج .
٤- اللوحة السريرية .
٥- علاج اضطرابات المزاج .
٦- واجبات العاملين في الصحة على مستوى الرعاية الصحية الأولية .

البحث الثامن : الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالكرب :

١- التصنيف .
٢- اضطرابات القلق الرهابي :
أ- رهاب الساح .
ب- الرهاب الاجتماعي .
ج- الرهابات النوعية .
٣- اضطراب الهلع .
٤- اضطراب الوسواس القسري .
٥- اضطرابات التأقلم .
٦- معالجة اضطرابات القلق .

البحث التاسع : الاضطرابات جسدية الشكل :

١- اضطراب التجسيد .
٢- الاضطراب جسدي الشكل غير المميز .
٣- اضطراب التحول .
٤- اضطراب الألم جسدي الشكل .
٥- اضطراب توهم المرض .

٦- اضطراب تشوه الجسد الوهمي .
٧- الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر .

البحث العاشر : الاضطرابات الانشقاقية :
١- النساوه الانشقاقية (النفسية) .
٢- اضطراب الشراد الانشقاقي (النفسي) .
٣- اضطراب الهوية الانشقاقي (تعدد الشخصية) .
٤- اضطراب تبدد الشخصية .

البحث الحادي عشر : التراجع الفكري :
١- قياس الذكاء .
٢- تصنيف التراجع الفكري .
٣- أسباب التراجع الفكري .
٤- علاج التراجع الفكري .

البحث الثاني عشر : طب نفس الأطفال
١- اضطرابات الارتقاء النفسي المحددة والشاملة .
٢- اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات بداية متعلقة بالطفولة والمراهقة.

البحث الأول

الأعراض والاضطرابات النفسية
تعريف وتصنيف

الدكتور . محمد أديب العسالي

الطب النفسي هو ذلك الاختصاص الطبي الذي يهتم بدراسة ومعالجة اضطرابات الوظائف العقلية . تتظاهر هذه الاضطرابات بأعراض وعلامات لا بد لتقييمها من إجراء المقابلة الطبية النفسية بشكل منهجي يتم بعد ذلك ترتيب الأعراض والعلامات المكتشفة في متلازمة أو متلازمات تمكن من تشخيص الحالة حسب أحد أنظمة التشخيص المستعملة .

فيما يلي تعريف موجز بالنقاط الأساسية للمقابلة الطبية النفسية ، يليه سرد لأهم الأعراض والعلامات النفسية ، ومن ثم تعريف بأهم الأنظمة المستخدمة في تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية .

• المقابلة الطبية النفسية The psychiatric Interview:

للمقابلة النفسية أهمية قصوى في التشخيص النفسي وذلك لأنه يتم خلالها الحصول على المعلومات ، كما تتم دراسة حالة المريض الفكرية والعاطفية ، إضافة إلى تأسيس علاقة مع المريض يستفاد منها علاجياً فيما بعد . يتم خلال هذه المقابلة أخذ القصة المرضية وفحص الحالة العقلية للمريض ثم يتم تلخيص الموجودات ووضع التشخيص التفريقي وخطة التدبير .

القصة المرضية النفسية The psychiatric History :

يستفاد عند أخذ القصة المرضية النفسية من كافة المعلومات المتوفرة حول الحالة ، سواءً من المريض نفسه أو من مصادر أخرى . ويتم التركيز هنا على تقييم شكاوى المريض ، وسلوكه الراهن والسابق إضافة إلى تقييم ظروفه الحياتية منذ الولادة وحتى الآن . تجمع المعلومات عادةً تحت العناوين التالية :

- سبب الإحالة النفسية .
- الشكاوى : وتسجل باستخدام كلمات المريض حرفياً .
- المرض الراهن : وصف مفصل للحالة منذ بدايتها وحتى وقت المقابلة .
- القصة العائلية : وتركز على بيئة المريض أثناء طفولته وما واجهه خلالها من كروب ، بما في ذلك انفصال الأبوين أو وفاة أحدهما .
- السوابق النفسية المرضية في العائلة .
- التاريخ الشخصي : يتم هنا تسجيل السيرة الذاتية للمريض باختصار ولكن بشكل يغطي طفولته ومدارسه وكل الأعمال التي مارسها وعلاقاته بالجنس الآخر وزواجه وأطفاله وحالته الاجتماعية والمادية الراهنة .
- الشخصية : يمكن أخذ فكره عن شخصية المريض من خلال تقييم آرائه ومعتقداته ومواقفه وهواياته ونشاطاته وردود فعله على الفشل والكرب .
- السوابق المرضية : وتتضمن أمراض الطفولة وما بعدها ، والسوابق المرضية النفسية ، وتعاطي الكحول أو الأدوية والمخدرات .

فحص الحالة العقلية The Mental State Examination :

يتم خلال المقابلة الطبية النفسية تقييم الحالة العقلية الراهنة للمريض تحت العناوين التالية :

- المظهر والسلوك العام : وتلاحظ هنا ملابس المريض ونظافته وهندامه ودرجة تعاونه . كما تلاحظ تعابير وجهه ووضعة جسده ، واللذان قد يعكسا حالته المزاجية . يلاحظ أيضا بطءً أو فرط الحركة وأية حركات غريبة أو غير إرادية .
- الكلام : يتم هنا تقييم سرعة وكمية كلام المريض ، كما يقيم جريان كلامه مع التركيز على تقطع جريان الكلام أو توقفه المفاجئ أو تنقله القافز من موضوع إلى آخر .
- المزاج : يلاحظ هنا مزاج المريض ، وثبات هذا المزاج أو تقلبه أثناء المقابلة ، وما إذا كان مناسباً لموضوع الحديث أم لا .

والمزاج هو حالة انفعالية يشعر بها المريض ، وربما كانت لها تعابير موضوعيه يلاحظها الفاحص . فقد يبدو المريض بائساً أو منتشياً أو قلقاً فيلاحظ ذلك الموضوع ، إضافة إلى سؤال المريض

عن شعوره الشخصي بحالته المزاجية . يجب السؤال عن الأفكار الانتحارية إن كان المزاج اكتئابياً ، أما عندما يكون المريض مزهواً ومنتشياً فيجب تحري وجود فرط الثقة بالنفس وأفكار العظمة .
ولا بد دائماً من استقصاء الوظائف البيولوجية التي تضطرب عادة في اضطرابات المزاج ، وهي : النوم والشهية للطعام والرغبة الجنسية وسرعة الإصابة بالتعب وسهولة الاستفزاز .

- محتوى الكلام : يسأل المريض عن المشاكل التي تشغل تفكيره أو تثير قلقه ولا سيما بخصوص ظروفه الحياتية الراهنة ، ومستقبله وماضيه . كما يسأل المريض عما إذا كان يشعر بالأمان عندما يكون لوحده وعندما يكون بصحبة آخرين . يسأل أيضاً عما إذا كانت هذه المخاوف تؤثر على نوم المريض أو على مقدرته على التركيز .

تسجل هنا الرهابات أو الوساوس أو الأفعال القسرية التي يعاني منها المريض كما تسجل أيضاً الأفكار والمعتقدات غير الطبيعية التي قد يصرح بها المريض ، مع ملاحظة محتوى ومصدر كل من هذه الأفكار ودرجة الاقتناع بها . وقد تتعلق الأفكار غير الطبيعية بالبيئة المحيطة بالمريض (مثل الأفكار المرجعية والتوهمات) أو به ذاته (مثل توهم التبدل الجسدي ، وبث أو إدخال الأفكار) .

- التجارب غير الطبيعية : وقد تتعلق هذه التجارب بالبيئة (مثل تبدد الواقعية ، والهلوسة) أو بالذات (مثل تبدد الشخصية أو الشعور بالألم أو بتبدل الأحاسيس الجسدية) .
- الحالة الاستعرافية : ويتم هنا تقييم توجه المريض وانتباهه وتركيزه وذاكرته قصيرة وطويلة الأمد . وتفحص وظائف دماغيه عليا أخرى عند الشك بمرض نفسي ذو منشأ عضوي .
- البصيرة : وهي درجة تمييز المريض بأنه مريض .
- الخلاصة : تلخص القصة المرضية وموجودات فحص الحالة العقلية بهدف التوصل إلى تشخيص تفريقي للحالة ، مع ذكر التشخيص المرجح وأسبابه ومعالجته وإنذاره .

- **الأعراض والعلامات النفسية :**

المظهر والسلوك العام :

قد يستدل على حالة المريض المزاجية من تعابير وجهه ووضعته وحركته . فالمريض المصاب بالاكتئاب يجلس بسكون تام مع ظهر محني ونظرة مركزة على الأرض عادة . ولكن هناك حالات من الاكتئاب يكون فيها المريض مهتاجاً ومرتعشاً وغير قادر على البقاء في مكان واحد . أما في حالات الهوس فيكون المريض مفرط الحركة ويقوم بأي تصرف يخطر له دون رادع . ونادراً ما تشاهد اضطرابات سلوكية حركية تصادف عادة في الفصام وتعرف بالجامود catatonia وتتضمن الذهول stupor ، والإثارة excitement ، والنمطية stereotypy (وهي حركات متكررة لا هدف لها قد تتكرر بشكل منتظم ، مثل تأرجح الجسم) ، والتصنع mannerism (وهي حركات متكررة يبدو ظاهرياً أن لها معنى ، مثل التحية) ، والخلفه negativism (وهي أن يفعل المريض عكس ما يطلب منه مقاوماً الجهد المبذول لجعله ينفذ المطلوب) ، والإطاعة الآلية automatic obedience (حيث ينفذ المريض الأوامر رغم أمره بأن لا يطيعها) الصداء الحركي echopraxia (وفيه يقلد المريض كل حركات الطبيب رغم الأمر بأن لا يفعل ذلك) .

الكلام :

يستدل على اضطراب تفكير المريض عادة من حديثه . فقد يكون جريان الفكر أو شكله مضطرباً :

- **اضطرابات جريان الفكر :**

قد تكون كمية أو سرعة الفكر غير طبيعية . ففي حالة ضغط الأفكار pressure of thoughts تتسارع الأفكار في العقل بغزارة وتنوع ملحوظ . أما في الحالة المعاكسة ، وهي عوز الأفكار poverty of thoughts . فهناك شح أو انعدام في الأفكار يجعل المريض يشكو من أن عقله فارغ أو فقير الأفكار . يعتبر ضغط الأفكار علامة وصفية للهوس ، أما عوز الأفكار فيحدث في الاكتئاب ، ولكن قد يحدث أي منهما في الفصام .

يحدث أحياناً أن جريان الحديث ينقطع فجأة ، والأشكال الخفيفة من هذه الظاهرة شائعة عند الناس الطبيعيين ولا سيما عقب التعب أو التوتر .
أما الأشكال الشديدة التي ينقطع فيها جريان الأفكار بشكل تام وفجائي فتعرف باسم حصر التفكير thought blocking تحدث عادةً في

الفصام . ويصف المريض عادةً هذه الظاهرة على أ نها تفريغ تام ومفاجئ لعقله ، وقد يفسرها تفسيراً غير معتاد كأن يدعي أنه قد تمت إزالة أفكاره بواسطة أو بفعل عدو ما .

- **اضطرابات شكل الفكر :** وتتضمن تطاير الأفكار والوظوب وتشتت الأفكار .

١. تطاير الأفكار Flight of ideas : يقفز فكر وحديث المريض بسرعة من موضوع إلى آخر ، بحيث أنه يبدأ الحديث عن موضوع جديد قبل إتمام الحديث الجاري . ولكن يلاحظ عادةً نوع من الترابط بين الموضوعين ، فقد يكون هذا الترابط لفظياً clang associations (حيث تستخدم كلمات متشابهة لفظياً) أو من نوع التوريه punning (وهي التلاعب بالألفاظ أو تكرار استخدام كلمة ذات معنيين مختلفين) أو السجع rhyming كما يكثر المريض من تبديل موضوع الحديث استجابة لما يحدث حوله . ويعتبر تطاير الأفكار وصفياً للهوس .

٢. والوظوب perseveration هو التكرار المتواصل لنفس الفعل أو القول بشكل غير مناسب يحدث ذلك عادةً في الخرف ، ولكن قد يشاهد أيضاً في حالات مرضية أخرى .

٣. أما تشتت الأفكار loosening of associations فهو تراخي البنية الطبيعية للتفكير مما يؤدي إلى عدم وضوح الحديث وصعوبة فهمه . لتشتت الأفكار أشكال عدة ، منها حركات الفارس knights move (أو الخروج عن الخط derailment) حيث يتم الانتقال من موضوع إلى آخر دون أن يكون هناك أي رابط منطقي بين الموضوعين ودون ملاحظة أي من علامات الترابط التي ترافق تطاير الأفكار وقد يبلغ اضطراب التفكير هذا درجة شديدة تنعدم فيها الروابط ليس بين الجمل فحسب ، بل أيضا بيّن الكلمات ، فتضيع البنية القواعدية للكلام منتجة سلطة كلامية word salad or verbigeration يؤدي تشتت الأفكار أحياناً إلى الحديث حول الموضوع talking past the point حيث يقترب المريض بحديثه من الفكرة التي يريد التعبير عنها ولكنه لا يصل إلى لب الموضوع أبداً .

المزاج Mood :

يضطرب المزاج في العديد من الحالات المرضية النفسية كالاكتئاب والهوس والقلق والفصام والذهانات العضوية ويأخذ هذا الاضطراب أحد ثلاثة أشكال : فقد تتبدل طبيعة المزاج ، أو تتسارع تقلباته ، أو يكون غير ملائم لأقوال وأفعال المريض أو لما يحدث حوله .

- **تبدلات طبيعة المزاج :**

قد تتبدل طبيعة المزاج إلى الاكتئاب أو الزهو أو القلق ولكلمة اكتئاب Depression معنيان ، فهي تعني انخفاض المزاج والشعور بالحزن والسوداوية ، كما تستخدم للدلالة على متلازمة الاكتئاب التي تتألف من انخفاض المزاج وعدم القدرة على التمتع ونقص الحيوية واضطراب الشهية للطعام والنوم والرغبة الجنسية .

أما الزهو elation فهو الشعور الشخصي بارتفاع المزاج والحيوية المفرطة والذي قد يترافق عادةً بأعراض جسدية مثل الخفقان وعسر التنفس والارتعاش والغثيان وفرط التهوية .

قد يترافق الاكتئاب والقلق كما قد يحدث أي منهما لوحده ، وقد يكون لهما سبب واضح أو يحدثا بدون سبب .

الرهاب phobia هو خوف شديد من شيء أو فعل أو مكان محدد يحاول المريض تجنبه . والخوف هنا غير عقلاني لأنه لا يتناسب مع درجة الخطر الحقيقي . ويدرك المريض أن خوفه مضخم ولكنه لا يستطيع السيطرة عليه . من الأشياء التي قد تسبب الرهاب : الحشرات والعقارب وحيوانات أخرى كالقطط والكلاب ، وبعض الظواهر الطبيعية كالظلام والبرق . أما الأماكن المسببة للرهاب فتتضمن المناطق الفسيحة (رهاب الساح agoraphobia) والأماكن المغلقة مثل المصعد (رهاب الانغلاق claustrophobia) والأماكن المرتفعة والازدحام .

- **تبدلات تقلب المزاج :**

يتقلب المزاج بشكل طبيعي مع ما في الحياة اليومية من مسرات ومنغصات ، ولكن هناك حالات مرضية يكون فيها هذا التقلب مفرطاً أو ناقصاً . ففي حالة المزاج المقلقل labile mood يتقلب المزاج بشكل سريع ومفاجئ وشديد بين عواطف مختلفة ومتناقضة أحياناً . أما في حالة المزاج المسطح blunted affect فتنقص التقلبات الطبيعية للمزاج وقد يبلغ هذا النقص درجة شديدة يفقد فيها المريض عواطفه وقدرته على الشعور بالسرور بشكل كامل فيقال أنه مصاب بالخمول apathy .

- **المزاج اللاملائم Inconsistent mood:**

يتناسب عادة مزاج المريض وتعابيره الانفعالية مع كلامه وأفعاله أما عندما ينعدم هذا التناسب فيصبح المزاج لا ملائماً ، مثال ذلك المريض الذي يضحك أثناء الحديث عن وفاة شخص عزيز عليه .

محتوى الفكر Thought content:

يقصد بمحتوى الفكر المخاوف والإنشغالات الفكرية التي يعبر عنها المريض خلال المقابلة الطبية النفسية . ويهمنا بشكل خاص هنا المحتويات الفكرية المرضية ولا سيما الوساوس والأفعال القسرية والمعتقدات غير الطبيعية :

- الوسواس obsession هو فكرة أو صورة عقلية متكررة بشكل مستمر رغم كل الجهود التي يبذلها المريض لمقاومتها . يعرف المريض أن الوسواس ينبع منه وليس مفروضاً عليه من الخارج ، مما يفرق الوسواس عن ظاهرة حشر الأفكار .

  يتعلق مضمون الوسواس عادةً بأفكار عن الوساخة والعدوى والخوف من المرض والمبالغة بالترتيب ، وكثيراً ما يترافق ذلك بأفعال قسرية مناسبة مثل غسل اليدين المتكرر أو تكرار الفحص والتأكد من شيء ما .
- والفعل القسري compulsion هو فعل متكرر ظاهرياً يؤدى بطرق نمطيه تعرف بالطقوس القسرية compulsive rituals ويترافق الفعل القسري بشعور داخلي بأنه لا بد من أدائه وبرغبة داخلية بمقاومة هذا الأداء .

- أمـا المعتقـدات غيـر الطبيعيـة فلهـا عـدة أشـكال أهمهـا التـوهم delusion وهو : اعتقاد غير طبيعي يحمله المريض بشكل جازم وغير قابل للمناقشة أو للتعديل بعد التجربة ، وهو شاذ عن بيئة المريض الاجتماعية والثقافية بحيث أن أحداً ممن حوله لا يشاركه هـذا الاعتقـاد . وقـد يكـون التـوهم بـدئياً primary or autochthonous أو ثانوياً .

يظهر التوهم الأولي فجأة ويقتنع المريض به بشكل مطلق دون أن تسبقه أية مظاهر مرضية أخرى مثلا ، أثناء تناول الطعام ، يكتشف فجأة أن أصدقاءه قد انقلبوا أعداءً وإنهم آتون لقتله (تعرف هذه الظاهرة أيضاً بالإدراك التوهمي delusional perception وترجح تشخيص الفصام عادة) أما التوهم الثانوي فيكون مشتقاً من بعض التجارب المرضية السابقة له ، كالمزاج الاكتئابي أو الهلس السمعي .

تصنف التوهمات عادةً حسب محتواها الفكري إلى توهمات اضطهاد persecutory (أو توهمـات زوريـه paranoid delusions) وتوهمـات مرجعيـة delusions of reference وتوهمـات ذنـب وتوهمات عدمية nihilistic وتوهمات دينيه وتوهمات عظمه وتوهمات الغيرة وتوهمات السيطرة وسيتم شرح وتعريف كل من هذه التوهمات فيما بعد ، عند التعرض للمرض الذي تحدث فيه .

هناك توهمات تتعلق بالسيطرة على الأفكار . فالمريض المصاب بغرز الأفكار thought insertion يعتقد بأن أفكاره لا تخصه بل هي غريبة عنه ومزروعة في رأسه بفعل شخص أو جماعة ما . وقد يعتقد المريض بأن هذا الشخص أو الجماعة يسرقون أفكاره من رأسه (سحب الأفكار thought withdrawal) . أما في حالة بث الأفكار thought broadcasting فيعتقد المريض بأن كل من حوله يعرفون أفكاره دون أن يقولها ، ويفسر ذلك بأنهم يقرؤون أفكاره بواسطة اللاسلكي أو التخاطر أو غيره . وقد يدعي المريض أن عواطفه وأفعاله هي أيضاً تحت سيطرة آخرين . تسمى هذه الظاهرة المنفعلية passivity وتحدث عادةً في الفصام وقد يطور المريض توهمات ثانوية لشرحها ، كأن يقول أنها نتيجة السحر أو الأشعة أو الأمواج الصوتية فيقال بأن المريض مصاب بتوهمات منفعلية delusions of passivity .

يجب تفريق التوهمات عن الأفكار المضخمة over – valued ideas وهي قناعات شخصية قوية يمكن فهمها في ضوء الخلفية الاجتماعية

والثقافية للمريض . كذلك فإن الأفكار المرجعية ideas of reference تصادف عند بعض مفرطي الحساسية ولا تبلغ شدة التوهم ، إذ يعتقدون بأن الآخرين يراقبوهم بعناية في الأماكن العامة وقد يتهامسون عنهم . لا تعتبر هذه الأفكار توهمات لأن الشخص المعني يعرف أن تفكيره ينبع منه وأنه لا يستحق الاهتمام أكثر من غيره ، ورغم ذلك فإنه لا يمكنه التخلص من أفكاره المرجعية .

التجارب غير الطبيعية Abnormal experiences:

- الانخداع illusion هو سوء تفسير المنبهات الحسية ويحدث عادةً عندما تكون شدة التنبيهات الحسية منخفضة بشكل عام .
- الهلاس hallucination هو إدراك حسي كامل (وليس مجرد تخيل) بدون أي تنبيه خارجي لأعضاء الحواس . فالهلاس هو إحساس غير مثار بتنبيه خارجي لذلك فهو إحساس كاذب وليس ناتجاً عن سوء تفسير تنبيه ما يستقبله المريض بنفس مواصفات التنبيه الخارجي المماثل وقد يستقبل جنباً إلى جنب مع منبهات حسية حقيقية ، ولا يمكن للمريض التحكم به إرادياً . تصادف الهلاسات في أي من الحواس الخمس ، فقد تكون سمعيه أو بصريه أو شميه أو ذوقية أو لمسية . وتختلف درجة تعقيد الهلاسات ، فيكون بعضها ابتدائياً elementary (مثل سمع طقه أو صفير) وبعضها معقداً complex hallucinations (مثل سمع الموسيقى أو الأصوات البشرية) . هذا وقد يحدث الهلاس ، لاسيما السمعي ، عند الأصحاء خصوصاً عقب التعب أو في المرحلة الانتقالية بين الصحو والنوم .

من التجارب غير الطبيعية أيضاً تبدد الشخصية depersonalization وتبدد الواقعية derealization وحدوث كلاهما ممكن في الأصحاء لاسيما عقب التعب أو بعد تناول الأدوية المهلوسة ، كما تحدثان في حالات مرضيه عده تشمل القلق والاكتئاب والفصام وصرع الفص الصدغي .

الحالة الاستعرافية Cognitive state:

يقصد بها درجة الوعي وإدراك المريض لذاته ولبيئته ، وتقيم عادةً بفحص التوجه orientation والانتباه Attention والتركيز

concentration والذاكرة القريبة والبعيدة ، إضافة إلى فحوص أكثر تعقيداً يلزم إجراؤها في حالات خاصة . يضطرب كل من التوجه والانتباه والتركيز والذاكرة في كل الحالات المسببة لتغيم الوعي . أما في النساوه amnesia فتضطرب فقط الذاكرة . ففي متلازمة فيرنيكه – كورساكوف Wernicke-Korsakoff Syndrome تختل الذاكرة القريبة وتحدث فجوات في الذاكرة البعيدة يحاول المريض ملؤها بأحاديث مختلفة (التلفيق confabulation) . ومن الظواهر التي لها علاقة باضطراب الذاكرة ظاهرة سبقت رؤيته deja vu وفيها يعتقد المريض عند مواجهته لشخص أو حدث ما للمرة الأولى أنه قد سبق له مواجهة نفس الشخص أو الموقف ويحدث العكس في ظاهرة لم ير سابقاً jamais vu حيث يفشل المريض في التعرف على شخص أو حدث كان قد صادفه فعلا في الماضي . تحدث كل من هاتين الظاهرتين في الصرع ، كما تصادف ظاهرة سبقت رؤيته عند الأصحاء وفي حالات القلق .

تصنيف الاضطرابات النفسية
Classification of Psychiatric Disorders

رغم تعقيد مفهوم الاضطراب النفسي ، فإنه يمكن التبسيط وتشخيص مثل هذا الاضطراب عندما يعاني المريض من خلل واضح في إحدى الوظائف النفسية كالتفكير والإدراك والشعور ، على أن يكون هذا الخلل خارجاً عن إرادة المريض وأن يسبب إزعاجاً للمريض (ليس دائماً) أو لمن حوله .

هناك العديد من أنظمة تشخيص وتصنيف الأمراض النفسية ، منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث ، منها ما يقتصر على تعريف حالات معدودة ومنها ما هو شامل لكل الاضطرابات النفسية . وأكثر هذه الأنظمة استخداماً نظامان هما :

- التصنيف العالمي للأمراض International Classification of Diseases (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية .
- الدليل التشخيصي والإحصائي Manual Diagnostic and Statistical (DSM) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي .

يتم كل بضع سنوات تنقيح وتعديل كل من هذين النظامين وإعادة طبعهما ، ويزداد التشابه بين النظامين كلما تجددت الطبعات وقد صدرت آخر طبعات ICD عام ١٩٩٢ وهي الطبعة العاشرة (ICD–10) كما صدرت عام ١٩٩٣ أحدث طبعات DSM وهي الرابعة (4 DSM) امتاز نظام DSM سابقاً بأنه يقدم قوائم بالشروط التشخيصية اللازمة لتشخيص أي اضطراب نفسي ، ولكن تم مؤخرا تطوير قوائم مًماثلة لتصنيف ICD – 10 وسيتم التعرض لها في الفصل الخاص بكل مرض

سنعتمد في هذا الكتاب الطبعة العاشرة من التصنيف العالمي للأمراض والتي تجمع الاضطرابات النفسية في تسعة مجموعات هي :

المجموعة الأولى (F00-F09) : الاضطرابات العقلية العضوية وتشمل ما هو عرضي منها

mental disorders including symptomatic Organic

تضم هذه المجموعة اضطرابات نفسية مرافقة لخلل دماغي عضوي . وقد يكون الخلل الدماغي مؤقتاً وعابراً ، كما في الهذيان ، أو يكون دائماً كما في متلازمة النساوة العضوية ، واضطرابات السلوك والشخصية الناجمة عن مرض أو أذية دماغية ، وحالات الخرف المختلفة مثل الخرف في داء ألزهايمر ، والخرف الوعائي ، والخرف في أمراض أخرى مثل داء بيك وداء كرتزفيلد – جاكوب وداء رقص هنتينكتون وداء باركنسون ومرض عوز المناعة المكتسب (إيدز) . وقد يشاهد أي من هذه الاضطرابات معزولاً أي بدون أعراض إضافية أو يكون متصفاً بطغيان التوهمات ، أو الأهلاس ، أو الاكتئاب على الصورة السريرية .

المجموعة الثانية (F10 – F19) : الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مواد فعاله نفسياً

Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance Use

وتتضمن الاضطرابات التالية لتعاطي مواد مبدلة للسلوك مثل الكحول والأفيون والحشيش والأدوية المهدئة والمنومة والكوكائين وغيره من المنبهات بما فيها الكافئين ، والمهلوسات ، والتبغ .

المجموعة الثالثة (F20 – F29) : الفصام والاضطرابات الفصامانية والتوهمية

Schizophrenia schizotypal and Delusional Disorders
الفصام هو مجموعة من الاضطرابات تتصف بفقد الصلة مع الواقع وبخلل التفكير والإدراك وبغرابة السلوك . وتشاهد التوهمات والهلاسات عادة في مرحلة ما من المرض . أما الاضطرابات التوهمية فتمتاز بالشعور بالاضطهاد وفرط الشك والتوجس والعدوانية عند شخص يتصرف بشكل عادي في مجالات الحياة الأخرى ويحافظ على صلاته بالواقع .

المجموعة الرابعة (F30 – F39) : اضطرابات المزاج (الوجدان)
Mood {affective} Disorders
وفيها يتقلب المزاج الاعتيادي إلى اكتئاب شديد أو إلى زهو مفرط . وهناك حالات يتقلب فيها المزاج بين الاكتئاب والزهو .

المجموعة الخامسة (F40 – F49) : الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالكرب ، وجسدية الشكل
Neurotic stress – related and somatoform disorders
تضم هذه المجموعة اضطرابات القلق المختلفة مثل القلق المعمم ، ونوب الهلع ، والرهابات ، والاضطراب الوسواسي القسري ، ومتلازمة الكرب التالي للرض . كما تضم الاضطرابات جسدية الشكل التي تتصف بأعراض جسدية ليس لها أساس عضوي ، ولكن تلعب العوامل النفسية دوراً هاماً في حدوثها ، مثل اضطرابات التحويل Conversion والمراق Hypochondriasis.

المجموعة السادسة (F50 – F59) : متلازمات سلوكية تترافق باضطرابات فيزيولوجية وعوامل فيزيائية
Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
وتشمل اضطرابات الأكل ، واضطرابات النوم وسوء الوظيفة الجنسية غير العضوي ، والاضطرابات النفسية التالية للولادة وسرف الأدوية غير المسببة للإدمان .

المجموعة السابعة (F60 – F69) : اضطرابات شخصية وسلوك البالغين
Disorders of adult personality and behavior

تتصـف هـذه المجموعـة بسـلوك غيـر منسـجم مـع ظـروف المـريض ، وبصعوبة تكيف المريض مع وسطه الاجتماعي ، بشكل يستمر لسنوات طويلـة تبدأ حول البلوغ وتشمل معظم عمر المريض ، ينجم اضطراب السلوك هذا عن اتباع طرق غير ناضجة في التعامل مع الكروب وفـي حـل المشـاكل . وتصـنف اضـطرابات الشخصـية حسـب طبيعـة السـلوك الطـاغي إلـى أنمـاط سنتعرض لهـا فـي الفصـل المخصـص لاضـطرابات الشخصية .

المجموعة الثامنة (F70 –F79) : التخلف العقلي

Mental retardation

المجموعة التاسعة (F80 – F 89) : اضـطرابات سـلوكية وعاطفيـة تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة :

Behavioral and emotioal disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

وتشـمل التخلـف العقلـي ، وفـرط الحركـة ، وقلـق الطفولـة بأنواعـه ، واضــطرابات الأكــل (مثــل القمــه العصــبي والبوليميــا العصــبية) ، واضطرابات الكلام .

البحث الثاني

الاضطرابات النفسية العضوية

الدكتور. محمد أديب العسالي

تنجم الاضطرابات النفسية العضوية إما عن اضطراب وظيفة الجملة العصبية المركزية (كما في الهذيان المرافق للحمى) أو عن تبدلات مرضية بنيوية في الدماغ (كما في الخرف) . وتصنف المتلازمات النفسية العضوية في ICD 10 إلى :

- الهذيان .
- الخرف .
- متلازمة النساوه .
- اضطرابات عقلية أخرى ناجمة عن أذية أو خلل وظيفة الدماغ وعن مرض جسدي : وهي مجموعة من الاضطرابات يكون المريض فيها مصاباً بداء دماغي أو جهازي يسبب خللاً في وظيفة الدماغ يرافقه أو ينتج عنه اضطراب عقلي يتحسن بشكل ملحوظ عقب معالجة الداء المسبب . تشمل هذه المجموعة :

- الهلاس العضوي Organic hallusinosis : وتسيطر فيه على الصورة السريرية الأهلاس مع وعي كامل . قد تكون البصيرة تامة أو جزئية ، وقد يوجد تفسير توهمي للأهلاس .
- الاضطراب الجامودي العضوي Organic catatonic disorder
- الاضطراب التوهمي (الشبيه بالفصام) العضوي Organic delusional {schizophrenia – like } disorder
- اضطراب المزاج (أو الوجدان) العضوي Organic mood (affective) Disorder
- اضطراب القلق العضوي Organic anxiety disorder
- اضطراب التفارق العضوي Organic dissociative disorder

- اضطراب التقلقل العاطفي (الوهني) العضوي

Organic emotionally labile (asthenic) disorder

وكما توحي تسميات هذه الاضطرابات فإنه يطغى على الصورة السريرية في كل منها عرض واحد . ففي الاضطراب التوهمي العضوي مثلاً ، تسيطر التوهمات على الصورة السريرية .

وقد تكون هذه التوهمات مراقية أو جنسية أو غيرة مرضية ، ولكن يغلب أن تكون من النوع الاضطهادي مما يدفع بالمريض إلى إساءة تفسير ما يحدث حوله بشكل يسبب له إزعاجاً مستمراً . كذلك فإن أي أذية دماغية قد تسبب اضطراب المزاج العضوي الذي يمتاز بتبدلات مزاجية شديدة تتناوب فيها أطوار اكتئابية وأخرى هوسية فجأةً أو يسيطر على المريض الاكتئاب باستمرار ، دون أن يترافق ذلك بخلل فكري هام ولا بتوهمات ولا بهلاسات .

- اضطرابات السلوك والشخصية الناجمة عن أذية أو مرض الدماغ أو عن خلل وظيفته (اضطراب الشخصية العضوي Organic personality disorder) : وهو اضطراب يرافق أذيةً أو مرضاً أو خللاً وظيفياً دماغياً مبرهناً موضوعياً ، دون تغيم وعي أو اضطراب ذاكرة هام . يشخص اضطراب الشخصية العضوي عند حدوث ثلاثة على الأقل من المظاهر التالية لفترة زمنية أقصرها ستة أشهر :

١. نقص مستمر في المقدرة على المواظبة على فعاليات هادفة ، وخصوصاً تلك التي يلزمها وقت طويل أو إشباع مؤجل .
٢. واحد أو أكثر من التبدلات العاطفية التالية :
   - تقلقل عاطفي (التعبير عن العواطف بشكل غير مضبوط وغير ثابت ومتموج) .
   - شمق وفكاهة سطحية وغير ضرورية وغير مناسبة للظروف
   - هيوجية أو فورات من الغضب والعدوانية .
   - خمول .
٣. التهور في التعبير عن الحاجات والنزوات دون أي اعتبار للعواقب ولا للتقاليد الاجتماعية (فقد يمارس المريض أعمالاً مضادة للمجتمع مثل السرقة ، أو يبدي سلوكاً جنسياً فاضحاً أو يأكل بشراهة أو يهمل نظافته الشخصية بشدة) .
٤. اضطراب استعرافي بشكل :
   - شك مفرط وأفكار زوريه .

- انشغال مفرط بموضوع واحد مثل الدين أو تصنيف البشر إلى صح وخطأ .

٥. تغير ملحوظ في معدل وجريان الكلام ، مع علامات مثل الوظوب وفرط التضمين .

٦. تغير السلوك الجنسي (نقص الجنسانية أو تبدل الأداء الجنسي) .

سنستعرض فيما يلي أهم الاضطرابات النفسية العضوية ، وهي الهذيان والخرف والنساوه .

الخرف Dementia:

يعرف الخرف بأنه خلل مكتسب يصيب الفكر والذاكرة والشخصية ولا يترافق باضطراب الوعي . يبدأ الخرف عادة بشكل متدرج ، ولكن قد يكتشف للمرة الأولى بشكل مفاجئ عقب تبدل ما في بيئة المريض مثل دخول المشفى أو الإصابة بمرض عابر .

الأعراض والعلامات :

يعتبر اضطراب الذاكرة علامة باكرة للخرف ، ويصيب عادة الذاكرة القريبة قبل البعيدة . ويترافق ذلك بتراجع مترقي في القدرات الفكرية ، يليه حدوث تبدلات الشخصية ، فتنعدم اللباقة والمرونة في التعامل مع الآخرين ، ويصبح السلوك متهوراً . وقد يترافق هذا التدهور الفكري والسلوكي باضطراب المزاج فيصاب المريض بالاكتئاب أو القلق أو الهيوجة . كما قد تحدث توهمات زورية في مراحل متقدمة من المرض وقد تترافق بهلاسات سمعية وبصرية .

التشخيص :

لتشخيص الخرف حسب ICD 10 يجب توفر كل من الشروط التالية :

١- تدهور في الذاكرة وخاصة بالنسبة لحفظ معلومات جديدة ، وقد يرافق ذلك في الحالات الشديدة صعوبة تذكر معلومات كان المريض يعرفها سابقاً .

٢- تدهور مرافق في الإمكانيات الاستعرافية الأخرى يبدو بشكل تراجع التفكير والمحاكمة ، مثل عدم القدرة على التخطيط والتنظيم وعلى معالجة المعلومات بشكل عام .

٣- وعي كامل ، أي غياب تغيم الوعي .

٤- تدهور في ضبط العواطف أو في الدوافع أو تبدل في السلوك الاجتماعي يسبب على الأقل واحداً مما يلي :

- تقلقل عاطفي .
- هيوجية .
- نقص الدوافع والحوافز بشكل يقود إلى الخمول وانعدام المبادرة .
- خشونة وتهور السلوك الاجتماعي .

٥- استمرار الأعراض الاستعرافية لمدة ستة أشهر على الأقل (وهذا الشرط هام للتفريق عن حالات عكوسة تترافق بمظاهر سلوكية مشابهة لمظاهر الخرف ، مثل النزف تحت الجافية ، أو استسقاء الدماغ طبيعي الضغط ، أو الأذيات الدماغية الموضعة أو المنتشرة) .

يدعم التشخيص وجود مظاهر أخرى لخلل الوظائف العليا لقشر الدماغ مثل الحبسة أو العمه أو اللاأدائية . وتترافق الحالات المتقدمة بنوب اختلاجية وبأعراض خارج هرمية تشبه داء باركنسون .

التصنيف :

تصنف حالات الخرف حسب إمراضها إلى :

١. الخرف بداء ألزهايمر :

يشخص الخرف بداء ألزهايمر عند توافر الشروط المذكورة أعلاه لتشخيص الخرف مع غياب كل الأمراض الأخرى التي قد تسبب الخرف (الجدول١) . ويدعم التشخيص بالاستقصاءات التي تبين ضموراً دماغياً ، لاسيما إذا كان هذا الضمور مترقياً . ولكن لا يمكن تأكيد التشخيص إلا بتشريح الجثة ، حيث يكشف وجود اللويحات الشيخية والعصائد العصبية الليفية في الدماغ بأعداد تفوق ما يوجد منها بنتيجة هرم الدماغ الطبيعي .

٢. الخرف الوعائي :

يشخص الخرف الوعائي عند توفر شروط تشخيص الخرف أعلاه إضافة إلى الإصابة بداء دماغي وعائي هام يعتقد أنه سبب الخرف (مثل سوابق نشبة أو احتشاء دماغي مثبت بالتصوير) . وبسبب التوزع البؤري للأذية ، تتأثر الوظائف الاستعرافية بدرجات متفاوتة فتتدهور الذاكرة مثلاً بشدة في حين لا يحدث إلا تدهور طفيف في وظائف التفكير والحكمة ومعالجة المعلومات .

ويبدي الفحص السريري في الخرف الوعائي علامات أذية دماغية بؤرية يجب أن تشمل واحدة على الأقل من العلامات التالية :

- ضعف تشنجي أحادي الجانب في الأطراف .
- اشتداد منعكسات وترية أحادي الجانب .
- منعكس أخمصي بالانبساط .
- الشلل البصلي الكاذب .

قد يكون بدء الخرف الوعائي حاداً خلال ١-٣ أشهر من الإصابة بنشبات دماغية متكررة أو نادراً عقب احتشاء دماغي كبير واحد أو يكون البدء تدريجياً خلال ٣-٦ أشهر من الإصابة بعدد من نوب نقص التروية الدماغية الصغرى (خرف الاحتشاءات المتعددة multi-infarct dementia) . أما الحالات التي يترافق فيها فرط التوتر الشرياني بإصابات وعائية موضعه في المادة البيضاء في نصفي الكرة المخية دون إصابة قشر الدماغ فيطلق عليها اسم الخرف الوعائي تحت القشري . وهناك حالات يصاب فيها القشر إضافة إلى البنى العصبية تحت القشرية ، لذلك تسمى : الخرف الوعائي المختلط القشري وتحت القشري .

٣. الخرف في أمراض أخرى :

- **الخرف في داء بيك Dementia in picks disease:**

تتطور في داء بيك أعراض الخرف المذكورة أعلاه ببطء ولكن بثبات مع الحفاظ على الذاكرة وعلى وظائف الفص الجداري في المراحل المبكرة ، ومع سيطرة أعراض إصابة الفص الجبهي مثل :

- التسطح العاطفي .
- خشونة السلوك الاجتماعي .
- التهور .
- الخمول أو التململ .
- الحبسة .

- **الخرف في داء Creutzfeldt –Jakob:**

يتطور الخرف في داء كرتزفيلد – جاكوب بشكل سريع جداً ، مع تحلل كل الوظائف العقلية العليا ويترافق الخرف بأعراض وعلامات عصبية لإصابة الجملة الهرمية /أو الجملة خارج الهرمية /أو أعراض مخيخية /أوحبسة / أو اضطراب البصر . تتصف المرحلة النهائية لهذا الداء بفقد الحركة والكلام ، وهناك حالات تظهر فيها العلامات العصبية قبل الخرف . ولتخطيط الدماغ الكهربائي في داء كرتزفيلد – جاكوب شكل وصفي يمتاز بذرى اشتدادية على خلفية من أمواج بطيئة ومنخفضة الفولتاج ، ولكن لا يؤكد التشخيص إلا بالتشريح المرضي الذي يبدي تبدلات إسفنجية مع فقد الخلايا العصبية واندخال بالخلايا الدبقية النجمية ويجب الحذر هنا بسبب خطر العدوى الانتانية .

- **الخرف في داء هنتينكتون :**

تسيطر على الصورة السريرية للخرف هنا أعراض تحت قشرية منذ بداية المرض وطيلة فترة تطوره . والمظاهر الرئيسية للإصابة تحت القشرية هي بطء التفكير وبطء الحركة وتبدل الشخصية إضافة إلى الاكتئاب أو الخمول . هناك حركات رقصية لا إرادية لا سيما في الوجه أو اليدين أو الكتفين أو في المشية وإضافة إلى الرقص ، قد يشاهد صمل خارج هرمي ، أو أعراض هرمية مع شناج . وهناك عادة قصة عائلية لداء هنتينكتون .

- **الخرف في داء باركنسون**

يشخص عند حدوث الخرف في شخص مصاب بداء باركنسون وغير مصاب بأي مرض عصبي أو جهازي قد يكون هو سبب الخرف .

- **الخرف في داء فيروس عوز المناعة البشري**

هو خرف يحدث في شخص مصاب بانتان عوز المناعة البشري مع غياب كافة الأسباب الأخرى للخرف .

الأسباب :

يعـاني ٢٥% مـن المسـنين مـن اضـطراب نفسـي مـا ، لاسـيما القلـق والاكتئاب ولكن يقتصر حدوث الخرف على ١٠%ممن تجاوز الخامسة والستين ، و٢٠% ممن تجاوز الثمانين من العمر .

أمـا أسـباب الخـرف فعديـدة ، ومعظمهـا غيـر عكـوس ، وتسيطر عنـد المسنين الأسباب التنكسية والوعائية .

يحتوي (الجدول ١) على قائمة بالأسباب الرئيسية للخرف عند البالغين مـع أهـم الاستقصـاءات اللازمـة لتشخيصـها أو نفيهـا وسـنكتفي فيمـا يلـي بشرح مختصر لأكثر هذه الأسباب تواتراً وهو داء ألزهايمر .

الجدول (١) أهم أسباب الخرف :

السبب	الاستقصاءات المشخصة
داء ألزهايمر	القصة المرضية والتصوير الطبقي المحوري
الاحتشاءات الدماغية المتعددة	التصوير الطبقي المحوري
الكحول (متلازمة فيرنيكه – كورساكوف)	القصة المرضية
قصور الدرق	معايرة الهرمونات الدرقية و TSH
تنكس الحبل المختلط تحت الحاد	معايرة B12 بالمصل
البلاغرا	السوابق الغذائية
قصور جارات الدرق	معاير الكلس بالمصل
فرط توتر القحف (بما فيه الأورام والنزف تحت الجافية)	المظاهر السريرية والتصوير الطبقي المحوري
اعتلال الدماغ الرضي المزمن	القصة المرضية والتصوير الطبقي المحوري
داء هتينكتون	القصة المرضية ووجود الحركات الرقصية
التصلب اللويحي	الفحص السريري ، الكمونات المحرضة ، فحص س د ش
اعتلال الدماغ الإسفنجي	تخطيط الدماغ الكهربائي ، خزعة الدماغ
الشلل فوق النووي المترقي	المظاهر السريرية

الشلل العام	الاختبارات المصلية للزهري
عقب نقص الأكسجة أو نقص السكر المديد	القصة المرضية
اعتلال الدماغ الكبدي المزمن	المظاهر السريرية
اعتلال الدماغ بالإيدز	مستضدات HIV
تبولن الدم	وظائف الكلية
اضطرابات استقلابية نادرة مثلاً : داء ويلسون	عيار النحاس والسيرولوبلاسمين بالمصل
التسممات مثل : - الأدوية (التسمم المزمن بالباربيتورات) - أكسيد الكربون CO - المعادن الثقيلة (المنغنيز والزئبق)	القصة المرضية والمعايرة المصلية

داء ألزهايمر Alzheimers disease:

هو مرض تنكسي مجهول السبب ، نادراً ما يبدأ قبل الخمسين من العمر وقليلاً ما تصادف فيه قصة عائلية تتصف الإصابة التشريحية المرضية بنوعين من الموجودات المجهرية ، كلاهما غير نوعي لداء ألزهايمر . الأول هو العصائد الليفية العصبية neurofibrillary tangles الناجمة عن تنكس العصبونات القشرية التي يتناقص عددها تدريجياً ، والثاني هو اللويحات الشيخية senile plagues المحتوية على ترسبات غروانية .

سريرياً ، يلاحظ أولاً خلل الذاكرة ويليه التدهور الفكري والسلوكي المترقي واللامبالاة . وقد يحدث الاكتئاب الشديد في المراحل المبكرة . يمتاز سير المرض بالترقي المتدرج ، وقد تحدث آفات قشرية دماغية بؤرية تسبب الحبسه الكلامية والعلامات الهرمية . كما قد تترافق الحالة بعلامات داء باركنسون وبالاختلاجات الصرعية .

من الضروري استقصاء كل الحالات بحثاً عن أي من أسباب الخرف الواردة في الجدول ١ والتي قد يكون علاجها ممكناً . أما بالنسبة للتشخيص فليس هناك أي اختبار نوعي لداء ألزهايمر ، ولكن للاختبارات النفسية الخاصة أهمية تشخيصية في الحالات المبكرة . أما فحص الدم أو السائل الدماغي الشوكي أو تخطيط الدماغ الكهربائي فلا يكشف أية تبدلات وصفية في حين أن التصوير الطبقي المحوري يظهر فقط ضمور قشر الدماغ .

لا توجد معالجة نوعيه لداء الزهايمر ، ولكن يمكن إبطاء سير المرض لا سيما في الحالات غير المترقية باستخدام الأدوية المثبطة للأنظيم استيلكولينستيراز مثل tacrine (Cognex) كذلك تستعمل العلاجات العرضية المناسبة لحالة المريض ، فيعالج الاكتئاب إن وجد ، وتستخدم مضادات الذهان لضبط اضطراب السلوك . ويمكن عادة تدبير المريض في المنزل وبمساعدة أهله ، ولكن قد تصبح العناية التمريضية في المشفى ضرورية .

الهذيان أو حالة التخليط السمي
Delirium – Acute Confusional State

هو حالة حادة أو تحت حادة ، يتغيم فيها الوعي تغيماً يتراوح بين الخبل الخفيف وبين التخليط الشديد المترافق بعدم التوجه . يمتاز تغيم الوعي هنا بالتموج ، فيشتد ليلاً كما تلاحظ فترات صحو صافية . يضطرب أيضاً التفكير فيصبح الكلام غير مترابط ولا مفهوم في الطور الحاد ، كما تضطرب الذاكرة والإدراك فيسيء المريض إدراك ما تنقله إليه حواسه من تنبيهات (انخداع) وقد يترافق ذلك بهلاسات عابرة (بصرية عادةً) وبتوهمات ويؤثر كل ذلك على المزاج مسبباً الخوف والتوجس والتململ وعدم التعاون .

يشخص الهذيان حسب ICD 10 عند توفر الشروط التالية :

١. هناك تغيم في الوعي أي نقص في إدراك البيئة ونقص القدرة على تركيز أو تثبيت أو تحويل الانتباه .
٢. اضطراب الاستعراف الذي يتظاهر بكل من :
- خلل الترديد الآني والذاكرة القريبة ، مع ذاكرة بعيدة سليمة نسبياً .
- توهان في الزمان والمكان والشخص .

٣. مع واحد على الأقل من الاضطرابات النفسية الحركية التالية :
- تحول سريع ومباغت من نقص الحركية إلى فرط الحركية .
- تطاول زمن رد الفعل .
- زيادة أو نقص جريان الكلام .
- فرط التفاعل للمفاجآت .

٤. هناك اضطراب في النوم ، أو في حلقة النوم واليقظة ، يظهر بواحد على الأقل من الأعراض التالية :
- أرق ، قد يعني في الحالات الشديدة فقد تام للنوم ، مع أو بدون نعاس نهاري ، أو انقلاب حلقة النوم واليقظة .
- اشتداد الأعراض ليلاً .
- أحلام وكوابيس مزعجة ، قد تستمر بشكل انخداع أو هلاسات بعد الصحو .

٥. للأعراض بدء سريع وتمتاز بتموج شدتها خلال اليوم .

٦. هناك دليل سريري أو مخبري على وجود مرض دماغي أو جهازي يمكن اعتباره سبباً للمظاهر السريرية .

ومن المظاهر الوصفية التي لا تعتبر نوعية للتشخيص : الاضطرابات العاطفية مثل الاكتئاب والخوف أو القلق والهيوجة والشمق والخمول والارتباك التعجبي ، واضطراب الإدراك (انخداع أوأهلاس عادة بصري) ، والتوهمات العابرة .

الأسباب :

هناك الكثير من الأمراض التي قد تترافق بالهذيان ولا سيما عند المسنين ، وأهمها :

- الإنتانات الجهازية : وخصوصاً أثناء الترفع الحروري (مثل : الملاريا وإنتان الدم) .
- الاضطرابات الاستقلابية : مثل القصور الكلوي أو اضطراب توازن الشوارد .
- عوز الفيتامينات : مثل الثيامين (البري بري ، متلازمة فيرنيكة - كورساكوف) والنيكوتنيك أسيد (البلاغرا) وفيتامين ب ١٢.
- الأمراض الصماوية : مثل نقص سكر الدم .
- الأذيات الدماغية : الرض ، الأورام ، الخراجات ، النزف تحت الجافية .

- التسممات : بالسموم الصناعية أو بالأدوية مثل مضادات الكولين والمهدئات والمنومات .
- الفطام على الكحول أو أدوية الإدمان .

التدبير :

يتحسن الهذيان في الحالات الحادة خلال أيام قليلة من تصحيح الحالة المرضية المسببة له . أما إذا أخذ الهذيان سيراً تحت حاد فقد تحدث اضطرابات دائمة في الذاكرة والاستعراف والشخصية . لذلك يجب دائماً استقصاء ومعالجة المرض المحدث للهذيان بأسرع ما يمكن ، إضافة إلى منع التجفاف والعناية التمريضية وإعادة النظر في كل الأدوية الموصوفة للمريض وإيقافها إن أمكن . يلجأ إلى استخدام المراوح والثلج والأدوية الخافضة للحرارة عند وجود الحمى ، وإلى المسكنات عند وجود الألم . وقد يلزم إعطاء المهدئات أحياناً . ففي حالات التململ الخفيف ، تفيد مشتقات البنزوديازين ، أما في الهذيان الشديد فيفضل استخدام أحد مضادات الذهان مثل الهالوبيريدول ، ويمكن عند الضرورة إعطاء جرعة بدئية ٢-١٠ ملغ بالعضل .

متلازمة النساوة العضوية Organic Amnesic Syndrome:

كما هو واضح من اسم هذه المتلازمة ، فإن العرض الأساسي فيها هو اضطراب الذاكرة المعزول وغير المترافق بتغيم الوعي ولا بالخرف أو بالهذيان . والمظهر الوصفي لهذه المتلازمة هو خلل الذاكرة القريبة ولكن تختل أيضاً الذاكرة البعيدة ولا يبدو المريض واعياً ولا مهتماً باضطراب ذاكرته بل يلجأ إلى التلفيق . تنجم هذه المتلازمة عن أذية دماغية ثنائية الجانب ومركزه في منطقة الأجسام الحليمية mamillary bodies والقبو fornex والحصين hippocampus . ويستعمل اسم متلازمة فيرنيكة-كورساكوف أحياناً عندما تترافق النساوة بأعراض وعلامات أخرى مثل تغيم الوعي وعدم التوجه وشلل العضلات العينية والرنح ataxia .

تشخص متلازمة النساوة العضوية حسب ICD-10 عند توفر الأعراض والعلامات التالية :

١. اضطراب ذاكرة يتظاهر بكل من :

- خلل في الذاكرة القريبة (أي اضطراب حفظ معلومات جديدة) بدرجة تعيق الحياة اليومية للمريض .
- ضعف تذكر التجارب السابقة .

٢. دون اضطراب التذكر الآني (المفحوص مثلاً باختبار باع الأرقام digit span) ودون تغيم الوعي أو اضطراب الانتباه ، ودون تدهور عقلي شامل (أي دون الإصابة بالخرف) .

٣. هناك قصة مرضية أو برهان موضوعي (من الفحوص السريرية أو المخبرية) على وجود أذية أو مرض دماغي يمكن اعتباره مسؤولاً عن اضطراب الذاكرة الموصوف أعلاه (لاسيما الإصابات ثنائية الجانب للدماغ البيني والأجزاء الأنسية من الفص الصدغي) .

من المظاهر المرافقة أحياناً ، ولكن غير اللازمة للتشخيص : التلفيق ، والتغيرات العاطفية (لاسيما الخمول ،وانعدام المبادرة) وانعدام البصيرة .

الأسباب :

يعتبر عوز الثيامين التالي للكحولية (متلازمة فيرنيكة - كورساكوف) السبب الأكثر شيوعاً لمتلازمة النساوه ، ولكن هناك أسباب أخرى أهمها :

- رضوض الرأس الشديدة .
- نقص الأكسجة الدماغية .
- انسداد الشريان المخي الخلفي بالجانبين .
- التهاب الدماغ العقبولي البسيط .
- الأورام الغازية ثنائية الجانب .
- التسمم بالزرنيخ .
- التعاطي المزمن للمنومات .
- نقص سكر الدم .

البحث الثالث

الاضطرابات المتعلقة بالمواد
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

الدكتور. محمد نبيل بايزيد

هناك عدة مصطلحات متداولة في هذا الموضوع ، وفي ما يلي تعريف محدد لهذه المصطلحات :

- **المادة المؤثرة على النفس :** هي مادة إذا تناولها الفرد أو أدخلت إلى جسمه عن طريق ما فإنها تحدث تغيراً في وعيه أو في حالته العقلية أو النفسية أو في سلوكه أو في جميعها .
- **إساءة استعمال العقاقير :** يقصد بهذا المصطلح الاستعمال غير المشروع لمادة من قبل شخص ما . ينطبق ذلك على المواد والعقاقير المحظور تناولها إلا بوصفة طبية أو تناول الأدوية الموصوفة بجرع تزيد عما هو مقرر أو لمدة زمنية أطول أو لأغراض غير طبية .
- **الإدمان ADDICTION :** استخدم هذا المصطلح حتى عام ١٩٦٤ للدلالة على حالات استعمال المواد إلى حد عدم مقدرة الفرد على التخلي عن تناولها. وقد استبدل حديثاً بمصطلح الاعتماد على العقاقير.
- **الاعتماد على العقاقير DRUG DFPENDEMCE:** له نوعين:
  - الاعتماد النفسي PSYCHOLOGICAL DEPENDENCE : يدعى أيضاً التعود HABITUATION، يتصف بمعاناة الفرد من وحم دائم ومتكرر للمادة التي يتعاطاها لكي يتلافى حالة عسر المزاج التي يعانيها أو يتوقعها نتيجة عدم توفر المادة أو حاجته لتناولها .
  - الاعتماد الجسدي PHYSICAL DEPENDECE : تتسم هذه الحالة بالحاجة لتناول المادة المعينة لمنع حدوث متلازمة التوقف عن الاستعمال والتي تدعى متلازمة السحب .
- **التحمل TOLERANCE:** هو حالة من التكيف الخلوي تتطلب زيادة المتعاطي لكمية المادة بشكل متزايد لإحداث نفس الدرجة من التأثير التي كان يحصل عليها بمقادير أقل سابقاً .

- **متلازمة السحب WITHDRAWAL SYNDROME** : وهي الأعراض العقلية والجسمية الناجمة عن التوقف عن تناول المادة التي اعتمد الفرد عليها .
- **الانسمام INTOXICATION** : هي حالة من الاضطراب العقلي الناجم عن التناول الحديث العهد لمادة ما أو لتواجدها في الجسم ، والمسببة لسلوك غير متكيف ، وذلك نتيجة تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي .

الظروف الاجتماعية والحضارية التي تساعد في حدوث الاعتماد على المواد :

١. السكن السيئ والاكتظاظ السكاني .
٢. العطالة عن العمل و قلة فرص العمل .
٣. الدرجات المنخفضة من التعلم .
٤. عدم توافر المساندة الاجتماعية للفرد في مواقف الحاجة إلى العون والعناية .
٥. العيش في المدن الكبرى خاصة المناطق المحدودة الاتصال الاجتماعي .
٦. كبر حجم العائلة .
٧. المجتمع السائب الذي لا تتوافر فيه وسائل السيطرة المعنوية أو القانونية مما يؤدي إلى انفلات السلوك وإلى فقدان الضوابط وإلى انحلال مفهوم العائلة .

السمات التي تتصف بها شخصية المهيأين للاعتماد على المواد هي :

١. الحاجة إلى الإرضاء الآني .
٢. النقص في المقدرة على ضبط الدوافع ، وعدم الصبر، العدوانية
٣. انخفاض مستوى التحمل للإحباطات .
٤. عدم التوافق الاجتماعي .
٥. السعي نحو تجارب المغامرة والإثارة .
٦. انخفاض مستوى تقدير الفرد لذاته ، والمشاعر الاكتئابية .

مواصفات قيام حالة الاعتماد على مادة (متى نقول عن شخص أنه أصبح مدمناً) :

لابد من توافر ثلاثة على الأقل من المواصفات التالية:

١. كثيراً ما يتناول الفرد المادة بمقادير أعظم أو لفترة أطول مما قصد تناوله .
٢. الرغبة الملحة القهرية للتناول أو توافر محاولة أو أكثر من المحاولات الفاشلة لإنقاص كمية المادة المتناولة أو السيطرة على التناول .
٣. صرف فترات طويلة من الزمن في نشاطات تهدف إلى الحصول على المادة أو في تناول المادة أو في الشفاء من تأثيرها .
٤. مظاهر سكر متكررة ، أو ظهور أعراض الانسحاب في الأوقات التي يتوقع فيها من الفرد أن يقوم بواجباته في العمل أو في الدراسة أو في البيت .
٥. تخلي الفرد عن نشاطاته الوظيفية أو الاجتماعية أو الترفيهية أو إنقاصه لها بسبب استعمال المادة .
٦. التناول المستمر للمادة رغم معرفة الفرد أنه يعاني من مشكلة مستمرة أو متكررة في المجال الاجتماعي أو النفسي أو الجسدي نتيجة لاستعمال المادة .
٧. قيام حالة واضحة من التحمل .

نتائج الاعتماد على المواد المؤثرة في النفس :

١. الإصابة باضطراب عقلي عضوي نتيجة الاعتماد الطويل المدى على هذه المواد .
٢. الاختلاطات الناجمة عن الانسمام بهذه المواد : حوادث السيارات والمركبات وما ينتج عنها من نتائج خطيرة على الفرد وعلى الغير، الموت نتيجة الجرع الزائدة .
٣. التدهور في مقومات الصحة الجسدية بسبب إهمال الصحة العامة ونقص التغذية وتفاقم الحالات المرضية القائمة وحدوث آفات عضوية جديدة ناجمة عن سمية المواد المتناولة .

٤. التـأثير السـلبي علـى الوضـع الاجتمـاعي والـوظيفي والنفسـي والاقتصادي والعائلي والحياة الزوجية للفرد .
٥. التـأثيرات المرضـية الناجمـة عـن تـأثير تنـاول المـواد وريـدياً : التهـاب الكبـد، الكـزاز، الملاريـا ، الإيـدز، تجـرثم الـدم، التهـاب الشغاف القلبي ، التهاب الأوعية الدموية .
٦. المساهمة الفعالة في إحداث الأمراض السرطانية وتفاقمها .
٧. المحاولات الانتحارية .
٨. الجنـوح والإجرام إمـا أثنـاء التنـاول أو الانسـمام بالمـادة أو بهـدف الحصول على المال من أجل الحصول على المادة .
٩. التـأثيرات الضـارة علـى الأجنـة لأمهـات يتنـاولن المـواد المـؤثرة علـى النفس : خمـول المواليد وتـأخر نمـوهم ، التراجـع الفكـري ، تشوهات خلقية .
١٠. إحـداث اضـطراب فـي ناحيـة أو أخـرى مـن الحيـاة الجنسـية لكـل من الذكر والأنثى .
١١. إحداث تغيرات قد تكون أساسية وبالغة في شخصية الفرد .

أهم المواد التي يمكن أن يحدث الاعتماد عليها :

الكحــول ، الأفيونيــات، الكوكــائين، الأمفيتامينــات، الكــافئين، القــات، القنابيات، المستنشقات، الباربيتورات، البنزوديازبينات، المهلسات، التبغ

١- الكحولية :

من المعروف أن الكحولية هي مرض مزمن وظاهرة منتشرة فـي العـالم، وهي موجودة في سوريا وإنما ليس لدينا إحصائيات .
تعـود أسـبابها إلـى عوامـل كيميائيـة حيويـة وفيزيولوجيـة واسـتقلابية ووراثية، ولكن بغض النظر عن العوامل السابقة فإن الكحولية هي نتيجة الإفـراط فـي اسـتهلاك المشـروبات الكحوليـة لفتـرة طويلـة . إذن : إنهـا مشكلة طبية اجتماعية يتشارك فيها الإنسان والبيئة والكحول .

الكحولية من الوجهة السببية : لها نوعان :

- الكحولية العرضية: يكون المحرض الأساسي للإفراط فـي شـرب الكحول شخصية الكحولي النفاسية أو العصابية أو المعتلة نفسياً .

- الكحولية الأساسية : يكون المحرض الأساسي للإفراط في شرب الكحول التعود المبكر على الشرب بينما تكون شخصية الكحولي سوية نوعاً ما .

الكحولية من الوجهة العلاجية : تقسم إلى مرحلتين :

- مرحلة قبل الانسمام : تعتبر بداية الكحولية حيث يبدأ الشخص باستهلاك الكحول بشكل غير دوري ثم ينتقل ليصبح بشكل دوري ومواظب على كميات كبيرة من الكحول .
- مرحلة الانسمام : تتصف بما يلي :

١. فقد السيطرة والتحكم : عدم تمكن الشخص من تحديد كمية المشروب المستهلك بعد البدء بالكأس الأولى مما يؤدي إلى سلوكيات غير مسؤولة .
٢. عدم التحمل : انخفاض عتبة التحمل لكميات الكحول التي كان يتناولها سابقاً ، وهذا يتعاكس مع ظاهرة التحمل لكميات كبيرة من الأفيونيات . يبدي الشخص علامات السكر من الجرعة الأولى أحياناً، وهذا دليل على تقدم حالة الاعتماد لديه .
٣. فقد الذاكرة الجزئي للفترة الزمنية أثناء الشرب : لا يتذكر المريض أفعاله وأقواله أثناء فترة الشرب .

مراحل الكحولية :

تستمر الكحولية وقتاً طويلاً يختلف من شخص لآخر (وسطياً ١٥ سنة من أول لقاء مع الكحول) ، وكل كحولي يمر عبر عدة مراحل :

١. مرحلة البداية : وتتضمن ما يلي :
- استرخاء مؤقت نتيجة شرب الكحول .
- استرخاء دائم نتيجة شرب الكحول .
- زيادة التحمل للكحول .

٢. مرحلة الإنذار :
- نسيان الأحداث أثناء شرب الكحول .
- الشرب سراً وخفيةً .
- تخزين المشروب خوفاً من الانقطاع .
- التساهل مع شرب الكحول .
- الشعور بالذنب .
- تفادي الحديث عن الكحول والمشروبات الروحية .

- فقد السيطرة والتعرض للانسمام الكحولي .

٣. مرحلة الخطر:

- ايجاد الأعذار لتبرير شرب الكحول .
- مقاومة الضغوط الاجتماعية لإيقاف شرب الكحول مع تصرفات عدوانية تجاه المحيط .
- تأنيب ضمير دائم والتحسر على الذات .
- فقدان الاهتمام بالأمور الحياتية غير المتعلقة بالكحول .
- ظهور عدائية وشكوك غير عادلة تجاه أفراد الأسرة .
- سوء التغذية وظهور ضرورة العلاج .
- ضعف القدرة الجنسية وظهور الغيرة المرضية .
- الشرب الصباحي يومياً بشكل دائم .

٤. مرحلة الإزمان :

- السكر المستمر وتهدم وتراجع أخلاقي صريح .
- اضطراب الاستعراف لاسيما الانتباه والتركيز والذاكرة والمحاكمة .
- نفاس كحولي حقيقي في ١٠ % من الكحوليين .
- الشرب مع أشخاص دون المستوى الاجتماعي ، وشرب أي مادة تحوي الكحول في حال عدم توفر المشروبات الروحية .
- هبوط عتبة تحمل الكحول ، وظهور الارتعاش ، وظهور قلق شديد مجهول المنشأ .
- اعتناق أفكار دينية غير واضحة ، وانهيار أنظمة دفاع الكحولي واعترافه بالهزيمة .

التسمم الكحولي الحاد :

هو اضطراب نفسي انفعالي محدد يحدث فجأة بسبب التأثير السمي للكحول على الجهاز العصبي المركزي لاسيما إذا تناول الشخص كمية كبيرة من الكحول خلال فترة زمنية قصيرة ، وله ثلاث مراحل هي :

١- مرحلة التوتر الشديد ٢- مرحلة التثبيط والهمود

٣- مرحلة السبات .

لتشخيص التسمم الكحولي الحاد لابد من توافر مايلي :

- العلامات الأساسية للتسمم الحاد :

١. يجب أن يكون هناك شاهداً أو دليلاً واضحاً على استعمال الكحول حديثاً وبجرعات عالية تكفي لحدوث التسمم .

٢. لابد من وجود علامات صريحة وواضحة تدل على أن التسمم حدث بتأثير الكحول ، وتؤدي إلى خلل على مستوى الوعي والاستعراف والإدراك الحسي والوجدان .

- لابد من توافر واحد على الأقل من الاضطرابات السلوكية التالية :

١. تدهور وتهور ٢. فقدان المنطق ٣. العدوانية
٤. اضطراب المحاكمة ٥. تشوش العلاقات الشخصية .

- لابد من توافر علامة واحدة على الأقل مما يلي :

١. اضطراب التوازن ٢. صعوبة الوقوف ٣. بطء النطق ٤. رأرأة ٥. تغيم الوعي ٦. توهج الوجه ٧. احتقان الملتحمة .

- يجب أن لاتكون الأعراض والعلامات السابقة بسبب اضطراب سلوكي أو نفسي ليس له علاقة بالكحول ، أو بسبب اضطراب عضوي عام .

ملاحظة : تنطبق أعراض وعلامات التسمم الحاد السابقة على أغلب المواد التي يساء استعمالها .

النفاس الكحولي :

لا توجد صعوبة في تشخيصه في حال ظهوره على أرضية كحولية مزمنة ، وله عدة أشكال :

- الهذيان الارتعاشي : يظهر عادة بشكل تحت حاد ليلاً ويتميزباضطراب التوجه للزمان والمكان والأشخاص ، التوتر النفسي الحركي ، تقلب الوجدان ، اضطراب الإدراك الحسي على شكل تهيؤات حسية كثيرة (حيوانات تهاجم المريض) ، الارتعاش الركودي لليد ، تعرق شديد ، عدم النوم ، خوف غير محدد . علماً أن هذا الاضطراب يشاهد كجزء من تناذر سحب الكحول .
- الغيرة الكحولية والنفاس الزوري الكحولي : توجه عادة الأفكار الزورية تجاه الزوجة والأشخاص المقربين .
- التفاعل الهمودي الكحولي : تكون التفاعلات الاكتئابية في الكحولية نفاسية أو عصابية ، وقد يحدث الانتحار بسبب تأنيب الضمير والشعور بالذنب .

- ذهان كورساكوف : يحدث لدى الكحولين المزمنين وأهم أعراضه نقص واضح في الذاكرة خاصة القريبة ، التخريف (اختلاق حوادث لا أساس لها) لملء الفراغات التي تحدث في الذاكرة، عدم الاهتمام واللامبالاة والمزاج الساخر والمتغير .
- ذهان فيرنيكة: ينجم عن نقص كبير في فيتامين B1 ، و لوحظ وجود نزوف في المهاد وتحت المهاد والأجسام الحليمية تشريحياً مرضياً ، ويتميز سريرياً بحالة من الهذيان وتغيم الوعي وإصابة الأعصاب المحركة للعين والرنح والتهاب الأعصاب المحيطية .

تناذر سحب الكحول:

يعتبر تناذر سحب الكحول الشكل الأولي لكل أشكال سحب المركنات ويمر بعدة مراحل :

- المرحلة الأولى : تحدث بعد ٦-٨ ساعات من أخر جرعة ويلاحظ فيها : توتر، قلق ، اضطراب النوم ، فرط استثارة ، ارتعاش، تسرع القلب ، حمى خفيفة ، ارتفاع الضغط الشرياني بمركبيه الانقباضي والانبساطي .
- المرحلة الثانية : تحدث بعد ٢٤-٧٢ ساعة ويلاحظ فيها : اهلاسات سمعية وبصرية (تشيع البصرية خاصة ليلاً وفي المحيط الحسي الفارغ) ، يصبح الرجفان أخشن وأكثر تعمماً ، هياج ، قد تحدث نوبة اختلاج وحيدة مدتها أقل من ٥ دقائق، نبض أكثر من ١٠٠ن/د ، الضغط الانبساطي أعلى من ١٠٠ملم زئبقي ، اقياء .
- المرحلة الثالثة : تكون أعراض السحب شديدة جداً ويلاحظ فيها: تخليط ذهني لمدة ٤٨ ساعة وقد يمتد لعشرة أيام ، اقياءات شديدة قد تؤدي إلى نقص سوائل الجسم ، حرارة أعلى ٣٨,٥ درجة مئوية ، قد تحدث اهلاسات .

العلاج :
يحتاج إلى فريق متكامل من المختصين طبياً واجتماعياً ونفسياً ، وسنتكلم هنا عن مبادئ العلاج الدوائي لسحب الكحول :
أهداف العلاج : إزالة الأعراض ، منع حدوث المرحلة الثانية والثالثة من السحب ، منع حدوث النوب الاختلاجية ، تقليل احتمال الاعتماد على أحد الأدوية المستخدمة لمعالجة السحب .
من أشيع الأدوية المستخدمة في العلاج كلورديازيبوكسيد ، ديازيبام ، فيتامينات B المركبة خاصة فيتامين B1 ، مضادات الاختلاج خاصة الفينوباربيتال والكاربامازبين ، حاصرات بيتا ، مضادات الاقياء .

٢- الأفيونيات :

عرف استخدام الأفيون منذ القرن الثالث قبل الميلاد ، وتم استخراج مستحضرات كثيرة منه : المورفين، الكودئين ، البابافيرين ، التيبائين ، الديوئين ، الهيروئين ، وتم تصنيع مركبات مشابهة للمستحضرات السابقة : بيتدين ، ميثادون ، ديكستروبروبوكسيفين ، وتم تصنيع مضادات للأفيون : نالورفين ، نالوكسون ، ليثالورفان ، سيكلازوسين.

طرق استخدام الأفيونيات:
تستخدم بعدة طرق: الحقن تحت الجلدي والعضلي والوريدي، التدخين، الاستنشاق ، الحقن الشرجية ، تحضر في سوريا عن طريق غليها في ملعقة فوق لهب الشمعة من أجل الاستخدام الوريدي وبذلك لا يمكن معرفة كمية ونوعية وشدة المخدر المستعمل وهذا ما يؤدي للوفاة بالجرعة العالية .
يؤدي حقن الأفيون وريدياً إلى أعراض وعلامات عبر ثلاث مراحل:
١. التأثير الهجومي الضارب (ومضة تستمر لمدة دقائق) .
٢ . مرحلة الهدوء والتأمل .
٣. مرحلة النعاس والنوم .
وتظهر عند اليقظة أعراض الوهن العام والنعاس والاكتئاب والخوف والرغبة الجامحة للحصول على المخدر .

- **المورفين :**

يصنع بشكل أملاح كبريتية أو كلورية ، تكون على شكل أبر كرستالية أو مسحوق أبيض . يتجمع في الجهاز العصبي المركزي والكبد ويطرح عن طريق جهازي الهضم والبول . آثاره : النشوة واللغو في الكلام ، تسكين قوي وله تأثير مخدر ومنوم ، تضيق الحدقات ، تثبيط الجهاز التنفسي ، الإمساك بسبب ضعف حركة الأمعاء الدقيقة ، الاقياء ، ضعف القدرة الجنسية وبطء سرعة القذف واضطراب الطمث ، فقدان الوزن والنحول .

- **الهيروئين :**

من مشتقات المورفين نصف التركيبية على شكل مسحوق أبيض اللون، بدون رائحة ، طعمه مر، ينحل في الماء ، يمتص بشكل جيد عن طريق الأغشية المخاطية ، له تأثير مسكن أقوى من المورفين ٤-٨ مرات . يؤدي الهيروئين إلى اعتماد نفسي وجسدي بسرعة فائقة وللخوف من أعراض السحب أهمية بالغة في الاستمرار على تعاطيه .

- **الميثادون :**

مسحوق بلوري بدون لون ، ينحل في الماء ، من مشتقات الأفيون التركيبية ، له تأثير مسكن ومضاد للسعال ، يحرض الشعور بالنشوة قليلاً ، يستخدم في علاج إدمان الهيروئين ، وللأسف لقد ظهرت حالات الإدمان عليه مع زيادة الجرعة .

- **الكودئين :**

مسحوق أبيض أو بلوري بدون لون ، ينحل بالماء ، يؤدي إلى الإدمان وزيادة التحمل وظهور أعراض السحب عند الانقطاع عن تناوله ، يتناول المدمنون الشرابات المضادة للسعال بسبب الكودئين الموجود فيها، يذيب البعض حبوب الكودئين ويستخدمها للحقن الوريدي .

تناذر سحب الأفيونيات :

إن أعراض السحب دائما شديدة ويمكن أن تؤدي إلى وهط دوراني وإلى توتر نفسي حركي شديد وإلى هذيان حاد . تبدأ عادة بالتثاؤب والعطاس والدماع وزيادة التبول و الإسهالات بسبب زيادة حركة الأمعاء وزيادة عصارة المعدة والتعرق الشديد وضعف العضلات والألم في الأطراف

والمفاصل وتسرع القلب والدوخة والتوتر الداخلي والقلق الشديد والأرق ، وكثيراً ما تحدث اهلاسات وفرط حركة وتدحرج على الأرض وضرب الرأس بالجدران والترجي الشديد للحصول على المخدر ، وفي الحالات الشديدة يمكن أن يؤدي الوهط الدوراني إلى توقف القلب والموت .

ملاحظة : يحتاج حدوث الإدمان على الأفيونيات ١-٢ أسبوع من الاستخدام المتكرر ، ويبدأ تناذر سحبها حسب نوع المادة المستخدمة (يبدأ تناذر سحب الهيروئين أو المورفين بعد ٦-٨ ساعات من أخر جرعة) ، وتكون ذروة أعراض السحب في اليوم الثالث تقريباً ، وتتخامد الأعراض خلال ٧-١٠ أيام وقد يستمر بعضها لأسبوعين .

الطرق المستخدمة في علاج تناذر السحب :

- تستخدم نفس المادة إذا كانت ذات نصف عمر طويل (الميثادون نصف عمره ١٥ ساعة تقريباً) .
- نستخدم الميثادون في الحالات الأخرى كمادة شبيهة في إحداث السحب التدريجي، نعطيه فموياً بجرعة صغيرة تزاد تدريجياً حتى زوال أعراض السحب ، ثم نبدأ بتخفيض الجرعة بمقدار ٥ملغ يومياً ، وعندما نصل إلى جرعة ٢٠ ملغ يومياً نحتاج إلى إنقاصها بشكل أبطأ . ومن المواد المستخدمة أيضاً في هذه الطريقة : ليفوالفاستيل ميثادون (نصف عمره ٧٢ ساعة تقريباً) و ببرنورفين .
- من الطرق الأخرى المستخدمة :

أ. استعمال الكلونيدين و النالتركسون وقد تضاف مادة ذات تأثير مهدئ .

ب. إحداث النوم باستخدام البنزوديازبينات قصيرة الأمد ، ثم المباشرة بسحب المادة باستخدام النالوكسون ، وبعدها نعكس حالة النوم إلى يقظة باستخدام الفلومازينيل (مادة معاكسة للبنزوديازيبنات) .

- العلاجات العرضية المستخدمة :
المهدئات الكبرى (لارجكتيل ، ثيوريدازين ، سالبرايد) ، المسكنات ، البنزوديازيبينات، مضادات الإسهال ، مضادات الاقياء .

٣- القنابيات :

▪ **الحشيش :** يتم الحصول عليه من القنب الهندي في الشرق الأوسط والأقصى ، وهو مادة لزجة تأخذ من أزهار النبتة المؤنثة ، ويستخدم تدخيناً أو شرباً بعد نقعه .

▪ **المريجوانا :** يتم الحصول عليها من القنب المكسيكي ، تأخذ من أي جزء من النبتة وتستخدم تدخيناً . تسمح بعض الدول باستخدامها علناً لاسيما في الدول التي تكثر فيها جماعات الهبيز حيث تعتبر جزء أساسي من ثقافتهم .

المادة الأساسية في القنابيات :
تحتوي النبتة القنابية على حوالي ٤٠٠ مركب كيماوي، لكن المركب الأساسي والفعال فيها A-9TETRAHYDROCANNABINOL ويحتوي الحشيش على ٥ ــ١٠ أضعاف ما تحتويه المريجوانا من هذا المركب .

أعراض الانسمام الحاد :
تشاهد بتناول مقادير مفرطة أو بالتناول الحديث ، وتستمر من ٢-٤ ساعات ، ويظهر فيها :
- القلق خلال دقائق معدودة .
- يلي ذلك النشوة والمرح وفيض الكلام والفكاهة والاهتمام بما هو فني وجميل .
- زيادة شدة الإدراك الحسي وقد يصل إلى درجة الاهلاسات البصرية الواضحة ، الإحساس ببطء الزمن .
- الشكوك والأفكار الزورانية ، نقص المحاكمة ، ضعف الأداء الاجتماعي والوظيفي .
- ظهور واحد على الأقل من الأعراض الجسمية التالية خلال ساعتين من التناول : احمرار ملتحمة العين ، ازدياد الشهية ، جفاف الفم .

- يعقب ذلك شعور المتعاطي بالنعاس ، ثم النوم وعند الاستيقاظ يكون صافي الذهن متذكراً لكل الأحداث قبل نوم .

أعراض التناول المزمن للقنابيات :

يؤدي التناول طويل المدى للقنابيات خاصة في المراهقين والشباب إلى المتلازمة القنابية المزمنة والتي تتسم بالأعراض التالية :

- الشعور بالخمول ونقص الدوافع والحوافز وضحالة العاطفة .
- الاكتئاب الخفيف وفقدان الاهتمام في المجالات التي كانت تستحوذ على اهتمامات المتناول سابقاً .
- ضعف الذاكرة الحديثة ونقص في تذكر تسلسل الحوادث .
- نقص في تناسق الحركة مما يسبب ضعفاً في القيام ببعض المهارات (سياقة المركبات) وعجزاً عن القيام بالحركات الدقيقة .
- الإصابة بالاضطرابات التوهمية والشكوك إلى درجة البارانويا .
- زيادة في احتمالات الإصابة بالتهابات القصبات والانسداد والتوسع القصبي والأورام السرطانية في الصدر .
- إصابة البعض أحياناً بالقلق الحاد والهلع ونوبات من الغضب .
- فقدان الاهتمام بالمظهر الخارجي .
- الاتجاه إلى المسالمة ونبذ العنف .

الاعتماد على القنابيات :

شكلت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨١ لجنة لدراسة المستحضرات القنابية وقد جاء في تقريرها :

إن تناول القنابيات منخفضة الفعالية بين الحين والآخر لا يؤدي إلى أعراض انسمامية واضحة ، غير أن التناول اليومي أو المتكرر للقنابيات لاسيما قوية الفعالية قد يحدث حالة من الانسمام المزمن تحتاج إلى عدة أسابيع من إيقاف التناول لزوالها، ومع أن الرأي العلمي ينقسم على نفسه حول مسألة الاعتماد على القنابيات إلا أنه تتوافر الآن بينات كثيرة بحدوث درجات خفيفة على الأقل من الاعتماد النفسي والجسدي.

٤- الكوكائين :

تستخرج مادة الكوكائين من أوراق نبتة الكوكا التي تزرع في دول أمريكا الجنوبية التالية: البيرو ، بوليفيا، كولومبيا، اكوادور، بريغواي ، وهذه البلدان الخمسة تنتج المحصول العالمي من الكوكا تقريباً والذي

يقدر سنوياً ٤٠٠ طناً، وكل طن منها يعطي واحد كيلو غرام من الكوكائين .

مستحضرات الكوكائين:

- أوراق نبتة الكوكا الخضراء: تستخدم لدى سكان البلدان المنتجة لنبتة الكوكا ويتم استعمالها مضغاً أو مع الشاي.
- معجون الكوكا: يستخلص من أوراق الكوكا بإضافة مذيبات عضوية مثل الغازولين ويجري تدخينه بالغليون بعد مزجه بالقنابيات أو التبوغ.
- مسحوق الكوكائين : هو أكثر المستحضرات المستعملة خارج البلدان المنتجة لنبتة الكوكا، ويتم استعماله استنشاقاً عن طريق الأنف أو حقناً وريدياً بعد إذابته في الماء.
- الكراك :هو المسحوق القلوي للكوكائين والذي يستعمل تدخيناً محدثاً قرقعة عند تدخينه مما أدى إلى تسميته بهذا الاسم.

أعراض التسمم بالكوكائين:

- الأعراض السلوكية : النشوة ، العراك ، الحذر المفرط ، التعاظم ، الهياج النفسي الحركي ، زيادة الاهتمامات الجنسية ، ضعف المحاكمة،اضطراب الأداء الوظيفي والاجتماعي .
- العلامات الجسمية : تسرع القلب ، توسع الحدقتين ، ارتفاع ضغط الدم ، تعرق أو قشعريرة ، غثيان أو إقياء.
- الأفكار : الشكوك الزورانية ، الأفكار المرجعية، الإحساس بأفكار بالغة العمق .
- الاهلاسات السمعية والجسدية : يسمع صوت يناديه باسمه ويحس وكأن حشرات تدب على جلده .
- بتوقف التأثيرات الآنية للانسمام بالكوكائين، تصيب المتناول حالة التحطم والتي تتصف بعسر مزاج شديد وبوحم للمادة ، إضافة إلى أعراض القلق والارتعاش والتوتر والشعور بالتعب .
- تنجم عن حالات الانسمام الشديد : نوبات صرعية ، لانظميات قلبية ، شلل التنفس ويمكن للاضطرابين الأخيرين أن يؤديا للموت، الهذيان الكوكائيني (هذيان واهلاسات واضطراب مزاج وعنف وعدوانية و أوهام ونقص بصيرة واضطراب التوجه).

الاعتماد على الكوكائين:
ساد الاعتقاد لمدة طويلة أن مستحضرات الكوكائين هي مستحضرات ترفيهية ولا تحمل إمكانية الإدمان عليها، لكن جميع البينات أكدت على حدوث حالة الاعتماد بنسبة ٣٠-٤٠ % من المتناولين، لكنه يبدو في معظمه اعتماداً نفسياً.
العلاج : لا تتوفر عقاقير مخصصة لعلاج اضطرابات الكوكائين ، لكن هناك تجارب علاجية بالبروموكربتين وبعض مضادات الكآبة ومضادات الصرع في حال ظهور النوب الصرعية .

٥- الأمفيتامينات:

هي منشطات قوية للجهاز العصبي المركزي ، تم تركيب الأمفيتامين لأول مرة عام ١٩٢٠ واستخدم عام ١٩٣٠ سريرياً كمادة مقبضة للأوعية الدموية ، استخدمه اليابانيون بعد الحرب العالمية الثانية بكثرة من أجل تنشيط وتفعيل المواطنين لإعادة بناء اليابان . وهناك إحصائيات تقول بأن ٥٠% من جرائم العنف قام بها أشخاص كانوا يتعاطون الأمفيتامين بدون مراقبة وقد ظهرت نفاسات بسبب تعاطي الأمفيتامين .

يتم تناول الأمفيتامينات عن طريق الفم بلعاً ويبدأ تأثيرها بعد ١٠-١٥ دقيقة، ولكن رغبة المدمنين في الحصول على تأثيرها بسرعة جعلهم يستخدمونها عن طريق الحقن الوريدي، الجرعة الدوائية ٥-١٠ ملغ بينما يتناوله المدمنون حتى ٥ غرام، وتظهر حاجة المدمن للأمفيتامين بعد ساعتين من آخر جرعة، ويبقى المدمن أحياناً بدون طعام أو نوم من ٣-٨ أيام ينهار بعدها أو يتعاطى الباربيتورات أو المورفين لكي يستطيع النوم . عند اليقظة يعاني المدمن من صداع شديد ، ترفع حروري ، كآبة ، وهن ، وهذا يعبر عن نقص الأمفيتامين في الجسم وليس تناذر سحب لأن الأمفيتامين لا يؤدي إلى الاعتماد الجسدي إنما فقط إلى الاعتماد النفسي .

أعراض الانسمام بالأمفيتامين:

- الأعراض العضوية : سحنة ترابية ، توسع حدقات، زيادة مفرزات الأنف والفم، تسرع قلب، اضطراب نظم القلب لاسيما خوارج الانقباض، ارتفاع الضغط الشرياني، ارتعاش، فقدان الشهية، زيادة شدة الحواس لاسيما البصر والشم واللمس، زيادة الرغبة الجنسية.

- الأعراض النفسية: النشوة، التوتر، الاستثارة، الهياج، الخوف، أفكار وشكوك زورانية.
- أعراض الجرعات العالية: خناق صدر، وهط دوراني، إسهال واقياء شديدين، اغماء، اختلاجات، سبات، موت فوري، وبتشريح الجثة نجد نزوف معممة في الدماغ والأعضاء الداخلية.

٦- القـات :

هو اسم شجرة دائمة الخضرة ، تستعمل أوراقها الخضراء مضغاً لاعتصار مادتها ، وموطنها الأصلي مرتفعات أثيوبيا ومنه انتشرت إلى مناطق شرق إفريقيا وجنوبي الجزيرة العربية. أهم أنواع القات المعروفة : المطري ، الحبشي، الشرابي، السماوي، والتي تمتاز بوفرة محتواها من المواد الفعالة في القات وهي: كاثينين وكاثينون.
يتم تناول القات بصورة اجتماعية وجماعية، وقد أفردت الكثير من العائلات في اليمن غرفة خاصة لجلسات مضغ أوراق القات، يبدأ الشخص بمضغ أوراق القات شيئاً فشيئاً ويخزنها في أحد جانبي الفم ثم يعصرها وبعد ذلك يبلع العصارة.
لقد وصف أحد الباحثين في ظاهرة تعاطي القات جلسة القات بقوله: أثناء الجزء الأول من جلسة القات يسود البشر والتفاؤل والمزاج المرتفع والشعور العالي بالعافية وفيض الكلام وقلة النواهي الاجتماعية وبعد ساعتين من بدء التناول يظهر التوتر وعدم الاستقرار والانفعال ويصبح الصوت أكثر علواً والكلام أقل ترابطاً، وتظهر في وقت لاحق مشاعر من الاكتئاب والبطء.

أعراض السحب:
إن التوقف عن تناول القات له نتائج سلبية وإيجابية :
- النتائج السلبية: التهيج، التعب، الاكتئاب، قلة الاهتمام، الكوابيس أثناء النوم.
- النتائج الإيجابية: زيادة ساعات النوم، تحسن الشهية، تحسن حالة الإمساك المزمن، تحسن في النشاط الجنسي.

٧- الكافيئين :

تتوفر هذه المادة في بذور نبتة القهوة وأوراق الشاي والكاكاو والبيبسي كولا. يعبر الكافئين الحاجز الوعائي الدماغي والحاجز المشيمي. إن التعود النفسي وزيادة التحمل هي من المظاهر الواضحة للشرب المزمن للقهوة والشاي بكمية كبيرة.

لهذه المادة تأثيرات ثلاث رئيسية والتي تظهر في استعمال المستحضرات الحاوية عليها وهي :

- التأثير المنشط للجهاز العصبي المركزي ويظهر على صورة وضوح الفكر وصفائه وقلة النعاس والكفاءة الفكرية وسرعة الاستجابة.
- التأثير المنشط للجهاز البولي والذي يتمثل في زيادة إفراز البول وزيادة عدد مرات التبول.
- التأثير المنشط للجهاز الدوراني ويتمثل في زيادة سرعة القلب وقوة انقباضه وتوسيع شرايينه وتوسع الأوعية الدموية الرئوية وتقلص أوعية الجسم الدموية.

تناذر السحب :

يظهر على شكل صداع ونعاس ونرفزة وقلق وتعكر مزاج .

٨- المستنشقات (المواد الطيارة) :

بدأت ظاهرة سوء استخدام المواد اللاصقة و المحاليل الطيارة (بنزين ، ايثر ، أسيتون......) في الولايات المتحدة الأمريكية في السبعينات بين الشباب والأطفال، وقد وصلت إلى الكويت مع حرب الخليج. تستنشق عن طريق الأنف والفم من عبوة المعجون اللاصق مباشرة أو بعد وضع المواد الطيارة في كيس بلاستيكي أو في علب الكولا. تظهر ظاهرة التحمل بسرعة خلال عدة أشهر. يتصف هذا النوع من التعاطي بتحمل وتعود نفسي ولا توجد أي معلومات عن ظهور تعود جسدي أو تناذر سحب ، ولكنه يعتبر خطير جداً بسبب التبدلات الخطيرة والثابتة في أنسجة الدماغ ونقي العظام والكبد والكليتين.

التأثير السمي:

تتراوح مدته بين ١٥ دقيقة وعدة ساعات، ويؤدي إلى التوتر والعدوانية وهذا يسبب خطورة على المدمن والآخرين.

٩- الباربيتورات :

هي مواد تستخدم في الطب النفسي منذ زمن طويل لأغراض التهدئة أو التسكين أو التنويم أو علاج الصرع ، ولها مركبات عديدة ذات فعالية طويلة ومتوسطة وقصيرة ، وكلما قصرت فعالية المركب كلما زاد خطر الاعتماد عليها .

أعراض الانسمام الحاد:

- اضطراب العمليات العقلية.
- اضطراب الوجدان (يضحك أو يبكي بدون سبب، ينفعل أو يهدأ تلقائياً) .
- حالة متزايدة العمق من النعاس والنوم والسبات.
- اضطراب وظائف المخيخ (تلعثم النطق ، الرنح ، عدم تناسق الحركة ، رأرأة) .
- اختفاء جميع المنعكسات الوترية العميقة والمنعكس القرني ومنعكس تحريض الاقياء .

- في الحالات الشديدة جداً تبرز الأعراض التالية: تثبيط جهاز التنفس، ضعف قوة وسرعة القلب، برودة الجسم، قصور كلوي حاد، سبات عميق.

أعراض تناذر السحب:

ارتعاش، خلجان عضلي، دوار، قلق شديد، هبوط ضغط انتصابي، فقدان الشهية، خسارة الوزن، مزاج همودي، نوب صرعية أحياناً .

التيوبنتال :

يستخدم في التخدير ويصل لأعلى تركيز في الدماغ والكبد والقلب والكليتين بعد ٣٠ ثانية من الحقن الوريدي، ثم تنخفض نسبة التركيز في الأعضاء السابقة إلى ١٠% فقط بعد نصف ساعة من الحقن الوريدي وذلك بسبب إعادة توزيع التيوبنتال إلى النسيج الشحمي والجلد، ولهذا السبب يستيقظ المريض بعد ١٥-٣٠ دقيقة .

علاج سحب الباربيتورات:

- إذا كان الدواء مديد الفعالية يخفض تدريجياً، وقد نلجأ للكاربامازبين للمساعدة على السحب التدريجي .
- إذا كان الدواء قصير الفعالية يعطى الفرد مركب الفينوباربيتال (مديد الفعالية) بجرعة تعادل كمية الدواء الذي كان يتناوله ، وبعد ذلك يجري إنقاص جرعة الفينوباربيتال اليومية بمقدار العشر يومياً، وفي حال ظهور أعراض السحب يخفض الإنقاص إلى النصف أو يستمر المريض على الجرعة السابقة إلى فترة أطول إلى أن يستقر وضعه .

١٠- البنزوديازبينات :

هذه المجموعة من المركبات لها أصل كيميائي واحد ، وقد حُضَر أول مركب منها (كلورديازيبوكسيد) عام ١٩٦٠ ، وبلغت حتى الآن حوالي ٤٠ مركباً أشهرها : كلورديازيبوكسيد (لبيريوم) ، ديازيبام (فاليوم) ، لورازيبام (أتفان) ، ألبرازولام (كزانكس) ، كلونازيبام (ريفوتريل) ، كلورازيبيت (ترانكسين) ، ميدازولام (دورميكوم) ، كلوبازام (أوربانيل) .

لها استخدامات طبية عديدة كمهدئات ومضادات للصرع ومنومات ومرخيات عضلية وكعلاجات مفيدة عند التوقف عن استعمال الكحول ، غير أن استعمالها كمهدئات أفسح المجال للاعتماد النفسي عليها وفي بعض الحالات للاعتماد الجسدي . تزداد خطورة الاعتماد كلما كان نصف عمر المركب قصيراً.

أعراض الانسمام الحاد:

- ضعف القدرات العقلية والنسيان.
- الرنح وعدم الاستقرار خاصة في كبار السن.
- إزالة النواهي السلوكية مما يؤدي إلى الغضب والعدوانية والعنف.
- تثبيط التنفس والقصور الكلوي بالجرع المفرطة.

تعالج حالة الانسمام الحاد في غرفة العناية المشددة بإعطاء مادة الفلومازينيل (مادة معاكسة لتأثيرات البنزوديازبينات) .

تناذر سحب البنزوديازبينات :

القلق، الأرق، التعرق، التهيج وعدم الاستقرار، عسر المزاج، الآلام العضلية، الكوابيس، الصداع المستمر، تبدد الشخصية أو تبدد المحيط، حساسية مفرطة للمس والشم والصوت، نوبات صرعية.

منهج تخفيض البنزوديازبينات:

- ينصح باستخدام العقاقير ذات نصف العمر الطويل بدلاً من ذات نصف العمر القصير.
- أكثر منهج متبع هو تخفيض ربع الجرعة اليومية أسبوعياً مع مراعاة المرونة في هذا التحديد للمقدار المخفض وزمن التخفيض ، وخصوصاً عندما نصل إلى ربع الجرعة الأخير حيث يجد بعض المرضى صعوبة في الاستغناء عنها.
- يساعد البروبرانولول والكاربامازبين في عملية تخفيض الجرعة .
- يمكن مثلاً استخدام الكلونازيبام كبديل عن الالبرازولام.

١١- المهلسات :

يوجد في الطبيعة والصناعة كثيراً من المواد ذات الفعل الاهلاسي سنقوم بدراسة ثلاث منها هي LSD ، PSILOCYBINE، MESCALINE

- **LSD :**

تفيد تجارب المتناولين لهذه المادة بتباين تأثيراتها حسب خبرة الفرد السابقة في تعاطي المادة، وموقفه وتوقعاته من التناول، والجو السائد أثناء التناول، وفيما يلي أهم تأثيراتها :

- **التأثيرات الجسمية:** تسرع القلب ، ارتفاع الضغط الشرياني، زلة تنفسية، غثيان، توسع حدقة، وهن عضلي، ارتعاش، انخفاض المهارات اليدوية، اضطراب توازن الحركة.
- **التأثيرات الحسية:** تصبح الأحاسيس أكثر صخباً ووضوحاً خاصة السمع والبصر، تداخل الأحاسيس مع بعضها إلى درجة أن يصبح الفرد قادراً على رؤية الصوت وسماع الصورة، يدرك الفرد أن هذه التغيرات طارئة بسبب تناول المادة وليست تغيرات حقيقية.
- **التأثيرات النفسية والعقلية:** يكون المزاج نشوانياً أو منقبضاً أو متقلباً من حال إلى حال، اللامبالاة، أفكار حول الموت والانبعاث والتقمص، أفكار وشكوك زورانية، يبدو الشخص وكأنه فقد كل سيطرة على عقله وأفكاره.
- **الرحلة:** هي المصطلح الذي أعطي للتجربة التي يمر بها متناول هذه المادة، ولها مدلول أن المتناول يفارق عالمه الحسي والنفسي المألوف، ويذهب في رحلة تبتعد عن الواقع في محتواه الحسي والفكري والشعوري، وكأنه يزور عوالم لم يعهدها أو يتخيلها من قبل، قد يمر المتناول في رحلته بتجارب ممتعة ولذيذة تبعث النشوة في نفسه وهو ما يطلق عليه (الرحلة الطيبة) ، وقد يمر بتجارب تبعث القلق والرعب والاضطراب في نفسه ، وهو ما يطلق عليه (الرحلة السيئة) .
- **الوميض الراجع:** يتعرض متناول هذه المادة إلى معاودة التجربة السابقة بدون تناول جديد خلال أيام أو أسابيع أو أشهر من التوقف عن التناول، ولأعراض هذه الحالة أن تكون مطابقة للرحلة الحقيقية السابقة من حيث كونها سارة أو مزعجة.

- تكمن خطورة هذه المادة بنتائجها الخطيرة على الحياة العقلية والسلوكية التي قد تصل بالمتناول إلى القفز من الأماكن العالية .

- **PSILOCYBINE :**

تستخرج هذه المادة من الفطر المكسيكي الذي يدعى عند الهنود الحمر لحم الرب ، وهي مادة سامة لها تأثير مضاد للسيروتونين ، ولتناولها أعراض جسدية ونفسية:

- **الأعراض الجسدية:** صداع ،ارتفاع حرارة ، توسع حدقات، احتقان الوجه، تعرق كثيف، زلة تنفسية، هبوط الضغط الشرياني، اضطرابات هضمية.
- الأعراض النفسية: **تظهر على ثلاث مراحل:**

أ. المرحلة الأولى: تحدث بعد أخذ المادة مباشرة حالة من الانغلاق على الذات، غياب الرغبة للعلاقات الاجتماعية، دهشة بسبب خداع الحواس.

ب. المرحلة الثانية: تدعى مرحلة الفتنة، حيث تحدث اهلاسات وانخداعات كثيرة يعيشها الشخص وكأنها حقيقة، لا يستطيع الشخص أن يصف ما يرى وذلك لسرعة تبدل ما يراه، (يشعر أن المكان أصبح ضيقاً، يرى الأشياء في الغرفة على شكل حيوانات).

ت. المرحلة الثالثة: تدعى مرحلة الغرق، يعيش فيها الشخص بحالة شرود ويتكلم همسا، مع فراغ عاطفي، ويسيطر عليه أفكار توهمية مختلفة، وتوجز الحالة بتهدم الشخصية وتهدم الحقيقة عند المتناول إلى درجة التوحد النفسي.

- **MESCALINE :**

تستخرج هذه المادة من نبات الصبير المعروف باسم PEYOTE المتوفر في بلدان أمريكا الوسطى والجنوبية، وقد استعمله السكان الأصليين لهذه البلاد لمناسباتهم وطقوسهم الدينية. لهذه المادة تأثيرات مختلفة أهمها : الخداعات البصرية بما في ذلك تحريف المسافات والأبعاد، تشويه الأحاسيس وتبديلها شكلاً ووضوحاً (تشديد عظيم للضوء واللون) الشعور بواقع وجودي جديد وغير مألوف ، قد يؤدي تناول هذه المادة إلى أعراض مماثلة تماماً لأعراض الفصام مما دفع الأطباء النفسيين

للقيام بأبحاث واسعة على أمل التوصل إلى مواد كيماوية داخلية المنشأ يشبه تركيبها هذه المادة، تكون سبباً لحدوث مرض الفصام.

١٢- التبغ :

لا يعرف تماماً أين ومتى بدأ الإنسان يدخن التبوغ ، لكن من المعروف أن التدخين قد انتقل من الهنود الحمر في أمريكا إلى أوروبا عقب حملة كولومبوس في نهاية القرن الخامس عشر، ومن هذه البداية انتشرت عادة التدخين من أوروبا إلى غيرها من القارات، إلى أن أصبحت اليوم من أكثر وأهم العادات انتشاراً في العالم. يحتوي دخان التبوغ على المئات من المركبات الكيماوية أهمها: النيكوتين والقطران وأول أوكسيد الكربون، ولما كانت مادة النيكوتين هي المادة الفعالة في التبوغ، فإن تأثير تدخين التبوغ هو تأثير النيكوتين بصورة أساسية .

الانسمام الحاد بالنيكوتين :

تشاهد هذه الحالة بالتدخين المفرط خلال فترة قصيرة ومن أعراضها : الغثيان، الترييل، ألم البطن، الإقياء، الإسهال، الصداع، الدوار، التعرق البارد، نقص التركيز، تسرع القلب، ارتفاع التوتر الشرياني، قد يحدث بالجرعات العالية جداً وهط في الجهاز الدوراني، ارتعاشات واختلاجات، الموت بسبب شلل التنفس.

ما الذي يدفع الفرد إلى التدخين :

الأسباب غير معروفة حتى يومنا هذا، وفيما يلي بعض الآراء حول الدوافع التي تكمن وراء ظاهرة التدخين:

- حالة الرضى والنشاط الذهني الناجمة عن فعل النيكوتين، ونكهة الدخان الناجمة عن فعل القطران.
- تعيد النظرية التحليلية ظاهرة التدخين إلى الحاجة للإرضاء الفموي الذي يعود إلى المرحلة الفموية من التطور الجنسي النفسي في السنة الأولى من العمر.
- يمكن ربط البدء بالتدخين بعملية تقدير الذات، وبحاجة الفرد لتأكيد مكانته الاجتماعية، واكتساب هويته الذاتية، والتحرر من التبعية لوالديه.

- يخدم التدخين الأشخاص المضطربين نفسياً، وذلك بالتخفيف من قلقهم وتوترهم.
- التدخين كجزء من الاتصال الاجتماعي عبر طقوس تقديم لفافات التبغ وقبولها وإشعالها، بالإضافة إلى دورها في أشغال اليد والفم بنشاط ممتع.

التدخين والصحة :

يؤثر التدخين على جميع أجهزة الجسم وفي ما يلي تأثيراته عليها:

- الجهاز التنفسي : التهاب قصبات مزمن، توسع القصبات، النفاخ الرئوي، الأورام الخبيثة.
- الجهاز الدوراني : آلام صدرية في ناحية القلب، اضطراب نظم القلب لاسيما خوارج الانقباض ، هجمات من خناق الصدر ، احتشاء العضلة القلبية ، نقص التروية في الأطراف لاسيما الأرجل (حالة العرج المتقطع) .
- الجهاز الهضمي : فقد الشهية، سوء الهضم، زيادة حموضة عصارة المعدة، التهاب المري، القرحة الهضمية، الأورام البنكرياسية الخبيثة .
- الجهاز العصبي : توتر وارتعاش وفرط استثارة .
- حاسة البصر: ضعف حدة الرؤية، اضطراب التعرف على الألوان، تكون هذه الأعراض عابرة .
- الجهاز البولي والتناسلي : أورام المثانة الخبيثة، ضعف القدرة الجنسية، نقص وزن الأجنة للأمهات المدخنات أثناء الحمل .

العلاج :

هنالك طرق عديدة وضعت موضع التطبيق لمعالجة حالة التعود والاعتماد على التدخين، ولابد أن كل واحد من المدخنين قد حاول جاهداً بطريقته الخاصة للتوقف عن التدخين أو إنقاصه، ومع أن البعض قد نجح بذلك بصورة دائمة ، إلا أن معظم الأشخاص قد عادوا إلى ممارسة التدخين عاجلاً أو أجلاً.

الخاتمة :

إن الإدمان مشكلة الأطباء وعلماء النفس والاجتماع والتربية ورجال الشرطة والقضاء والقانون فهو مشكلة المجتمع كله.

مازالت سوريا مقارنة مع دول المنطقة خاصة ودول العالم عامة ، دولة عبور للمخدرات ، ومشكلة التعاطي فيها قليلة ، ورغم ذلك فقد قررت القيادة السياسية في سوريا أن تخمد الجمرة قبل أن تشتعل النار. وصدر القرار الحكيم بإنشاء مراكز لمعالجة الإدمان على تعاطي المخدرات والمسكرات في سوريا . وتزامن ذلك بصدور قانون المخدرات مرسوم رقم/ ٢/ عام ١٩٩٣، فافتتح في أجمل مناطق دمشق المتميزة بغابتها الصنوبرية الخلابة وهوائها العليل مركز معالجة الإدمان الطبي التأهيلي بعشرة أسرة ، ويعتبر مركزاً تعليمياً وتأهيلياً للكوادر الطبية ، وكذلك هو مركز لفطام المرضى ومعالجة أعراض السحب ، ويتابع المريض بعد تخرجه من المركز عبر العيادة النفسية السلوكية الخارجية التابعة لمركز الإدمان ضمن مجمع العيادات الخارجية في مشفى ابن النفيس ، والمركز الثاني مركز الحارث بحمص ويضم خمسة وأربعين سريراً ، علماً أن العلاج في كلا المركزين سري ومجاني .

البحث الرابع

اضطرابات الشخصية
PERSONALITY DISORDERS

الدكتور. مازن الخليل

تعريف الشخصية :

هي المظاهر السلوكية والانفعالية التي تميز الشخص الذي يعيش ضمن ظروف طبيعية يومياً وهي بشكل نسبي ثابتة وقابلة للتنبؤ.
ندعو اضطراب شخصية فقط عندما تكون ملامح الشخصية غير مرنة وغير متكيفة وتسبب عجز مهني واجتماعي وشدة.
لا يشخص اضطراب الشخصية قبل وصول الشخص إلى مرحلة الكهولة المبكرة.

التصنيف :

- المجموعة الاولى : تتضمن اضطرابات الشخصية الزورانية والفصامانية وفصامية الشكل. يبدو الأشخاص المصابون بهذه الاضطرابات غريبي الأطوار غالباً.
- المجموعة الثانية : تتضمن اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع والحدية والهستريائية والنرجسية. يبدو الأشخاص المصابون بهذه الاضطرابات مسرحيين وانفعاليين غالباً.
- المجموعة الثالثة : تتضمن اضطرابات الشخصية التجنبية والاعتمادية والوسواسية القهرية وغير المصنفة في مكان آخر. يبدو الأشخاص المصابون بهذه الاضطرابات قلقين وخائفين .

اضطراب الشخصية الزورانية PARANOID PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الزورانية بـ :
- النزعة للشك قديمة العهد وعدم الثقة بالناس بشكل عام.

- يعزون إلى الآخرين صفاتهم وأفكارهم التي لا يستطيعون الإقرار بها.
- لديهم شكوك غير مبررة حول إخلاص الأصدقاء والمرافقين والزوج.
- يفسرون الإشارات أو الأحداث العادية على أنها محطة من قدرهم.
- يحملون الاحقاد باستمرار، ولا يغفرون الإساءات والاستخفافات.
- يردون على ما يعتبرونه هجوماً عليهم بالعدوانية والنزق والغضب.
- يعيرون انتباهاً واهتماماً خاصين تجاه السلطة والرتب العسكرية وينظرون باستهتار إلى الضعفاء والمرضى والمعاقين أولمن لديهم خلل ما.

اضطراب الشخصية الفصامانية

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الفصامانية بـ :

- الانسحاب الاجتماعي والانطواء على الذات.
- عدم الاستمتاع بالعلاقات الحميمة بما فيها الاسرية.
- اختيار الفعاليات المنعزلة بشكل دائم تقريباً (علم الفلك ، ارتباط قوي بالحيوانات ، أعمال ليلية) .
- يكونوا خياليين في اهتماماتهم الجنسية.
- يبدون مستغرقين بأحلام يقظة مفرطة ومشغولين بها.
- يظهرون لامبالاة لإطراء أو انتقاد الآخرين.
- يبدون متحفظين وقليلي الانفعال تجاه الآخرين والأحداث اليومية .

اضطراب الشخصية فصامية النوع

SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بالغرابة في التفكير والسلوك والمظهر الاجتماعي ويبدو ذلك من خلال :

- اعتقادات شاذة تؤثر في السلوك ، وغير متلائمة مع القيم الثقافية (تفكير سحري ، إيمان بالخرافات أو بالحاسة السادسة، خيالات وانشغالات غريبة عند المراهقين منهم) .
- خبرات ادراكية غير عادية متضمنة اخالات جسدية (سوء تفسير حسي)

- أفكار اشارة .
- تفكير وكلام شاذين (تفكير مبهم أو مادي أو شاذ ، كلام فيه استعارات وعبارات نمطية) .
- التفكير الزوراني أو الميال إلى الشك .
- الوجدان متضيق أو غير مناسب .
- السلوك أو المظهر : شاذ، غريب، خاص .
- عدم وجود أصدقاء مقربين، وعدم الاهتمام حتى بأقارب الدرجة الأولى .
- قلق اجتماعي شديد لا ينقص مع الالفة .

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

- يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بـ :
- فشل الخضوع إلى القيم الاجتماعية التي تحترم القانون (يظهر ذلك في ممارسة أعمال متكررة تؤدي إلى الاعتقال - لا يتعلمون من أخطائهم) .
- الخداع ويظهر في (الكذب المتكرر، استخدام الأسماء المستعارة، التآمر على الآخرين) وذلك للكسب الشخصي والحصول على اللذة .
- إما الاندفاعية أو وضع الخطط (توريط الآخرين بمشاريع تعود عليهم بالربح السريع أو السمعة السيئة) .
- النزق والعدوانية ويظهران في الشجارات أو الاعتداءات الجسدية المتكررة .
- عدم الاهتمام بسلامتهم وسلامة الآخرين بشكل طائش .
- عدم تحمل المسؤولية المستمر، يظهر في الفشل بالاستمرار بعمل معين وفشل الوفاء بالالتزامات الدينية والأسرية والاجتماعية .
- لا يوجد عندهم تأنيب ضمير، يظهر في (اللامبالاة ، تبرير الأذى وسوء معاملة الآخرين وسرقتهم) .
- يوجد دليل على الاضطراب في السلوك قبل عمر ١٥ عام (كذب متكرر، هروب من المدرسة، هروب من المنزل، سرقات، اعتداءات على الآخرين وعلى الحيوانات، اساءة استخدام المواد) .

اضطراب الشخصية الحدية

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

يقع مرضى هذا الاضطراب على الحافة بين العصاب والنفاس، ويتميزون بصفات غير ثابتة من حيث الوجدان والمزاج والسلوك والعلاقات الشخصية والصورة الذاتية. وتظهر هذه الصفات في :

- يظهر هؤلاء الأشخاص في معظم الأحيان وكأنهم في أزمات .
- لا يستطيعون أن يتحملوا بقاءهم وحيدين ، ويقومون بالبحث الحثيث من أجل رفيق لتلطيف الوحدة .
- يشكون غالباً مشاعر مزمنة من الفراغ والضجر ونقص الإحساس الثابت بالهوية .
- محاولات أو تهديدات أو سلوك انتحاري متكرر أو سلوك ايذاء نفس متكرر.
- عدم استقرار وجداني (حيث يكون في لحظة ذا مزاج عكر وقلق وفي لحظة ذا مزاج هامد) .
- علاقات شخصية غير ثابتة ، فقد يشعرون بالاعتمادية والعدوانية تجاه نفس الأشخاص .
- الاندفاعية المميزة (في صرف المال ، في الأكل ، في السياقة المتهورة ، في الجنس وفي سوء استعمال العقاقير) .
- غضب شديد غير مناسب أو صعوبة في ضبط الغضب تؤدي إلى مشاجرات جسدية متكررة .
- يحدث لدى هؤلاء المرضى نوب نفاسية قصيرة المدى تحت تأثير الشدة

اضطراب الشخصية الهيستريائية
HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بـ :

- يبدون درجة عالية من سلوك جلب الانتباه ، ويميلون للمبالغة بأفكارهم ومشاعرهم جاعلين كل شيء يبدو أكثر أهمية من حقيقته
- يستخدمون بشكل ثابت مظهر فيزيائي أو نمط كلامي واسم لجلب الانتباه إليهم .
- سهولة التأثر بالإيحاء وبأفكار الآخرين (يتأثر بسهولة بالآخرين وبالظروف) .
- يعتبرون علاقاتهم أكثر حميمية مما هي في الواقع .

- لديهم تعبير سطحي عن انفعالاتهم وتبدل سريع فيها .
- يشيع لديهم السلوك الجنسي الاغوائي وغالباً يكون الشخص المصاب بهذا الاضطراب مغناج أكثر من كونه فعال جنسياً.
- سرعة الاستثارة إذا لم يكونوا مركز اهتمام الآخرين .

اضطراب الشخصية النرجسية

NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بـ :

- إحساس عظيم بأهميتهم الذاتية (تضخيم الإنجازات ، التوقع أن يعرفوا بمكانة عالية بدون إنجازات معادلة لذلك).
- الانشغال بخيالات غير محدودة عن النجاح، القوة، التألق، الجمال ، الحب المثالي.
- يعتقدون أنهم خاصين وفريدين ولا يمكن فهمهم إلا من أشخاص لهم مكانة عالية أو خاصة.
- الحاجة أن يكونوا موضع إعجاب الآخرين بشدة.
- ليس لديهم تعاطف مع الآخرين، إنما يتظاهرون بذلك من أجل مآربهم، واستغلال العلاقات الشخصية شيء مألوف لديهم.
- الطموح والرغبة بالشهرة والحظ والإحساس المدهش بالصدارة.
- حسد الآخرين أو الاعتقاد أن الآخرين يحسدونهم.
- يكونون عرضة للاكتئاب ولأزمات منتصف العمر.

اضطراب الشخصية التجنبية

AVOIDANT PERSONALITY DISORSER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بـ :

- تجنب الفعاليات المهنية التي تتطلب اتصال شخصي هام ، بسبب خوفهم من الانتقاد أو الاستنكار أو النقد .
- تحفظ على الدخول بعلاقات بسبب خوفهم من أن يكونوا موضع خجل أو سخرية .
- معارضة التعرف على أشخاص ما لم يتأكدوا من محبتهم لهم ، وما لم يعطوا ضمانة قوية لقبول غير انتقادي .
- التعبير عن عدم ثقتهم بأنفسهم ونقص تقديرهم لذاتهم .

- التمنـي لإقامـة علاقـات إنسـانية ملؤهـا الـدفء والأمـان ويبـررون تجنبهم بخوفهم من النقد والنبذ .
- خجولين وتواقين إلى التأسف في العمل.

اضطراب الشخصية الاعتمادية

DEPENDENT PERSONALITY DISORSER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بالحاجة إلى العناية بهم من قبل أشخاص آخرين يقودوهم إلى سلوك التثبت والخضوع والخوف من الانفصال. ويظهر ذلك في :

- صعوبة في أخذ القرارات اليومية بدون كمية كبيرة من النصائح وإعادة الطمأنة من الآخرين .
- الحاجة أن يتولى الآخرون المسؤولية في معظم جوانب حياتهم .
- صعوبة في التعبير عن عدم موافقتهم للآخرين بسبب الخوف من خسارة الدعم أو الاستحسان منهم.
- صعوبة في الدخول بمشاريع أو القيام بأعمالهم لوحدهم ، بسبب نقص الثقة بالنفس والقدرات .
- بذل كل جهد لكسب محبة ودعم الآخرين حتى لو كان القيام بأعمال غير مسرة (تحمل زوجة لزوج يسيء معاملتها من أجل عدم قطع الاحساس بالارتباط).
- عدم الراحة أو اليأس عندما يبقوا وحيدين ، والانشغال بمخاوف عدم القدرة على العناية بأنفسهم .
- البحث بإلحاح عن علاقات أخرى كمنبع للعناية والدعم عندما تنتهي علاقاتهم الحميمة .

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية

OBSESSIVE – COMPULSIVE PERSONALITY DISORDER

يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بالانشغال بالنظام والكمالية والصلابة على حساب المرونة والانفتاح والفعالية ويظهر ذلك في :

- الانشغال بالتفاصيل والقواعد واللوائح والترتيب والتنظيم والجداول إلى درجة يضيع معها الموضوع الرئيسي الذي يقوم به.
- الكمالية التي تتعارض مع إتمام واجبه (مثال : عدم القدرة على إتمام مشروع لأن معاييره الدقيقة جدا لم تتوفر) .

- التفاني بشكل زائد في العمل والإنتاج إلى درجة التخلي عن الصداقات والفعاليات في أوقات الفراغ .
- الضمير الحي اليقظ وكثرة الشك والوسواس والتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم .
- المعارضة لتفويض الآخرين بالواجبات أو العمل معهم الا إذا خضعوا تماماً لطريقته في العمل .
- بخلاء تجاه أنفسهم والآخرين ، ويخزنون المال للحماية من كوارث المستقبل .
- الصلابة والتردد .
- مقدار كبير من القلق عندما يهدد شيء ما روتينهم أو استقرارهم أو طقوسهم أو طرقهم في العمل .

اضطراب الشخصية غير المصنفة في مكان آخر
PERSONALITY DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFID

هناك كثير من اضطرابات الشخصية يمكن وضعها تحت هذا التصنيف وأهمها :

- الشخصية المزيج : وجود ملامح لأكثر من اضطراب شخصية دون أن تحقق المعايير الكاملة لأي اضطراب شخصية. على أن تسبب هذه الملامح مشكلة أوضائقة في واحد أو أكثر من مجالات الإنسان الاجتماعية أو المهنية.

- اضطراب الشخصية السلبية العدوانية
PASSIVE – AGRESSIVE PERSONALITY DISORDER
يتميز الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب بـ : المماطلة ، العناد واللا كفاءة ، النكد، المجادلة، الشكوى المستمرة من إساءة فهمهم من الآخرين وعدم تقديرهم لهم،وهذه الصفات مظاهر لعدوان تحتي يتظاهر بشكل سلبي.

المعالجة :
- المعالجة النفسية الفردية والمعالجة الاستعرافية .
- المعالجة النفسية الجماعية والعائلية .
- المعالجة النفسية السلوكية .

هذه المعالجات الثلاث السابقة تحتاج إلى طبيب اختصاصي في الأمراض النفسية ، ولكن لأطباء الرعاية الصحية الأولية والعاملين فيها دوراً مهماً في توجيه الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعامل مع الآخرين من أجل العلاج النفسي الذي يكون مفيداً في اضطرابات الشخصية في فترة المراهقة والشباب ونادراً ما يفيد بعد الأربعين من العمر .
- المعالجة الدوائية (مضادات قلق، مضادات اكتئاب، مضادات نفاس) في الشدات وعند ظهور أعراض معينة تحتاج إلى علاج .

البحث الخامس

الفصـام SCHIZOPHRENIA

الدكتور . مازن الخليل

يشـار إلـى الإنسـان كفصـامي فـي التلفـاز والسينما وفـي كـل نقـاش، وفـي الحقيقة الفصام واحد من أكثر الأمراض استشهاداً به ، بالإضافة لذلك ، يوجد حول هذا المرض أساطير ومفاهيم مغلوطـة كثيـرة. مازالت كلمـة فصام تغرس الخوف والفزع في عقول كثير من النـاس.وما الفصـام إلا نفاس شديد ومعطل إذ أن المصـابين بـه يبدون خسارة في التواصل مع الواقـع، ولـديهم اضـطراب فـي كل ممـا يلـي : تمييـز الخيـال مـن الواقـع، التفكير بوضوح، السيطرة على عواطفهم.

إن كلمة فصام تعني بشكل حرفي (انشطار العقل) ولا تعنـي الإحسـاس بامتلاك أكثر من شخصية. وقد عرفه أحد أساتذة الطب النفسـي أنـه أكثـر من انشطار بين الشعور والتفكير ، إنه انفصـال هـذين الجـزأين وصـعوبة دمجهما من قبل المريض.

الفصام هو المرض العقلي الشديد الأكثر شيوعاً ، ويصـيب الإنسـان فـي كـل المهـن . يصـيب ١% مـن النـاس فـي كـل العــالم فـي زمـن مـا مـن حياتـهم ، مع نسـبة حدوث سنوية ١٥ــ٣٠ / ١٠٠٠٠٠ . يقـدر أن ٤٥ ــ ٥٠ مليون من البشر في العـالم مصـابون بالفصـام ، أكثـر مـن ٣٣ مليون منهم في الدول النامية . ويتعطل اجتماعياً ومهنياً كثيـر مـن النـاس فـي محيط المـريض الفصـامي (الأسـرة ، الأصـدقاء ، زمـلاء العمـل) . يصيب الفصام الجنسين بالتساوي، تحدث بداية المرض (في الذكور بين ١٧ ــ ٣٠ من عمرهم ، الإناث بين ٢٠-٤٠ من عمرهن) ، رغم ذلـك يمكن للفصام أن يصيب أي عمر إلا أنه نادر في الأطفال .

تختلف أعراض الفصام بين شخص وآخر مع ذلك يمكن تقسيم أعراضـه بشكل عام إلى أعراض إيجابية وأعراض سلبية.

- الأعراض الإيجابية : تختلف بشكل كبير ويعاني منها مرضى الفصام خلال المرحلة الحادة أو خلال الهجمة النفاسية بشكل دائم أو دوري، وتحتاج هذه الأعراض ادخال المريض إلى المشفى. وتتضمن : الأوهام، الاهلاسات، الكلام المشوش، السلوك الجمودي أو المشوش بشكل كبير.
- الأعراض السلبية : تدعى الأعراض طويلة الأمد في الأشخاص المصابين بالفصام بالأعراض السلبية لأنها توحي بنقص الفعالية مثل : نقص الانفعال،نقص الحافز، نقص الاهتمام عامة، مقاومة الكلام وفعالية عقلية منخفضة. وهي الأعراض الأكثر صعوبة في الاستجابة للمعالجة والأكثر تعطيلاً لمرضى الفصام.

أسباب الفصام :

لا يوجد سبب مفرد للفصام ، بل هو متلازمة سريرية لها أسباب متعددة منها :

- **أسباب وراثية :** لوحظ زيادة نسبة الانتشار في أسر الفصاميين ، وزيادة نسبته في الأولاد عندما يكون أحد الوالدين فصامي وزيادة النسبة أكثر عندما يكون الأب والأم فصاميين ، ولوحظ زيادة نسبة الانتشار في التوائم الحقيقية وهذا يثبت دور العامل الوراثي، ولكن ما يورث هو الاستعداد للمرض.
- **اضطراب في النواقل العصبية :** خاصة الدوبامين والسيروتونين.
- **العوامل النفسية :**

١. نقص ترشيح المثيرات الحسية أو اختلال وظيفة المداخل الحسية مما يسبب حملاً زائداً من المثيرات ينشأ عنه زيادة اليقظة. وتفسر الأوهام على أنها تحاول تنظيم هذه المثيرات التي لا يمكن فهمها على ضوء العلاقة بالواقع.
٢. الصراع : أكد فرويد على وجود صراع لا شعوري ولكن فيه انهيارات للدفاعات في مواجهة النزعات. وينكص الفصامي الى مراحل مبكرة من النمو النفسي.
٣. ضعف الأنا : وبالتالي نقص التمييز بين النفس والموضوع، ونقص تناغم الوظائف النفسية وتكاملها، وبدائية الدفاعات مما يؤدي لنقص المقاومة لكل أنواع الضغوط وفقد العلاقة بالواقع.

٤. اضطراب العلاقة بالآخرين التي تعود الى مراحل نمو الطفل الأولى : انعدام الثقة بالآخرين والحساسية الشديدة تجاه عدم قبوله منهم، الأمر الذي يجعله هشاً يميل للانسحاب والذاتوية كحيل للمحافظة على أمانه الداخلي واعتباره لذاته وتجنبه للقلق. وهذا يفصله عن الواقع أكثر ويزيد من رفض الآخرين له، فيزداد احباطه أكثر ويتهدد اعتباره لذاته أكثر.

٥. اختلال العلاقة الباكرة بالموضوع : عدم نضوج الأنا، عدم تجاوز المراحل النفسية التطورية.

- **العوامل البيئية :**

- الرابطة المزدوجة في التعامل مع الأطفال : عدم وضوح التفكير المنقول اليه من العالم الخارجي (اعطاء أوامر متعاكسة لطفل من قبل والديه) .
- سيطرة أحد الوالدين وانعزال الآخر وضعفه.
- الطلاق العاطفي بين الوالدين يؤدي الى تشوه في هوية الأطفال.
- التفكير المختل في عائلات الفصاميين.
- التعرض للشدة : الشدة تؤدي الى زيادة افراز الادرينالين وهذا قد يؤدي الى احداث خطأ بيوكيميائيا يؤدي الى مواد سامة تسبب الذهان وهذا يؤدي الى زيادة الشعور بالشدة التي تؤدي الى زيادة الخطأ البيوكيميائي ويظل الفصامي في دائرة من الشدة والمرض.

التفسير النفسي للفصام عند فرويد :

الفصام هو إحباط الفرد في المرحلة النرجسية من تكوينه ، مما يسبب له فشلاً في التكيف عند النضج ، ويبدأ الصراع بين الأنا والعالم الخارجي، ويظهر بشكل واضح تحت أي إجهاد أو شدة تقابل الفرد، ومن هنا ينشأ الذهان ويسحب الفرد كل طاقاته الجنسية من العالم الخارجي الى عالمه الداخلي،أما أعراض الفصام فهي نكوص للأنماط البدائية في التفكير والسلوك.

التفسير المضاد للطب النفسي للفصام عند لانج وساز :

الفصام هو أحد أنواع الاغتراب الذي يرتكبه الانسان في حق أخيه الانسان بطريقة وحشية عنيفة، فالفصام لقب يسقطه البعض على الآخر تحت ظروف اجتماعية معينة.

الانـذار :

لا يوجد شفاء من الفصام ، لكن يمكن السيطرة على المرض بالعقاقير المضادة للنفاس . معالجة المريض المبكرة والمستمرة هي المفتاح لتبديد الأعراض المزعجة وإنقاص الخلل الاجتماعي . ويحدث المرض لدى المريض أثار مستمرة لفترة طويلة منها : المأساة الشخصية التي تحدث بسبب مهاجمة الفصام للصفات المميزة للإنسان ، انخفاض القدرة على اختبار المشاعر، فقد المهارات الاجتماعية أو مدارسهم أو أعمالهم، انخفاض القدرة على التواصل مع الناس، انخفاض رغباتهم الجنسية والملذات بشكل عام.

يتضمن الفصام الحاد خلال عدة سنوات انتكاسات وانقشاعات في حدة المرض أو يتحول إلى مرض مزمن. ٢٥ % تقريباً من مرضى الفصام يحاولون الانتحار في بعض مراحل حياتهم وحوالي واحده من كل عشر محاولات تنجح. يشكل هذا المرض ٥٠ % من حالات الدخول إلى المشفى باضطرابات صحية حادة و٦٠% منهم يبقون في المشفى لمدة ستة أشهر بعد ذلك. إن ٢٥ % من الذين يحضرون بالهجمة الأولى سوف يشفون بشكل كامل خلال أشهر قليلة ، و ٥٠ % يشفون ولكن تتكرر الهجمات بشكل دوري خلال حياتهم، و ٢٥ % سوف يبقون بشكل دائم معاقين ويحتاجون إلى معالجة شديدة ثابتة. يترافق الفصام بوصمة عار كبيرة، والأعراض الإيجابية للمرض ميالة لتكون غريبة وصعبة الفهم، ويدفع المرضى وعائلاتهم ثمناً مثيراً للشفقة والعاطفة بسبب الفهم السيئ لهذا المرض .

أعراض الفصام :

١-اضطراب التفكير :

التفكير كقطار له قوة تتحكم به، له مسار، له هدف وهو يتألف من عدة أفكار تترابط مع بعضها وكل فكرة لها محتوى معين.

- اضطراب القوة المتحكمة بالتفكير : سحب الأفكار، غرز الأفكار، اذاعة وقراءة الأفكار.
- اضطراب مسار التفكير أو مجرى التفكير : توقف الأفكار، ضغط الأفكار، عدم اتساق الأفكار (فقد الروابط بين الأفكار) .
- اضطراب التعبير عن التفكير أو الوصول الى هدف معين : صعوبة ايجاد المعنى بسهولة حيث يحوم حول المعنى ويزيد في الكلام

ويستعمل الألفاظ الضخمة ويدخل في التفصيلات التافهة ولكنه لا يستطيع التركيز على المعنى المطلوب واظهاره بوضوح .

- اضطراب محتوى التفكير : ويشمل الأوهام ولها عدة أنواع .

الوهم : هو اعتقاد خاطىء راسخ يؤمن به المريض، ويستحيل اقناعه منطقياً بعدم صحته، لا يتماشى مع ثقافة المريض .

وأنواع الأوهام :

- أوهام الاضطهاد : يبدأ المريض عادة بالشكوى من الناس الذين يتعقبونه ويعاملونه معاملة سيئة ، وأنه فريسة لمؤامرة كبيرة تستهدف ايذاءه . (إن أجهزة الأمن تريد إرغامه على العمل معها عن طريق اشعاعات أو عقول إلكترونية أو أنها تلاحقه، المريض في رعب شديد من المؤامرة التي تدبرها زوجته وأقاربه وذلك عن طريق دس السم له في الطعام ويصبح في شك في كل من حوله)
- أوهام العظمة : يؤمن المريض إيمانا راسخاً بأنه أذكى وأقوى البشر جميعاً (أوتي قوة خارقة للكشف عن الظواهر الغيبية، أنه مرسل بدين جديد، أنه الرب ، أنه مخترع جبار، يملك القدرة على قراءة أفكار الناس).
- توهم العلل البدنية : هو إيمان المريض إيمانا راسخاً بوجود مرض أو ورم أو ألام و لا يمكن إقناعه بعكسها رغم محاولات تفسير ذلك للمريض وبيان أنه لكل مرض علامات وهو لا يعاني منها ورغم التحاليل الطبية والصور الشعاعية الطبيعية.
- أوهام الإشارة : يقتنع المريض أن كل حركة تصدر ممن حوله وبعض الجمل أو حتى النشرات الإخبارية والإعلانات السينمائية والإذاعات الموجهة إنما تصدر للإشارة والتلميح إلى تصرفاته. مثال : إذا دخن أحد سيجارة أمامه فهذه إشارة لفرق الأمن لمراقبته.
- أوهام العدمية : اقتناع المريض بأنه غير موجود أو بزوال جزء معين من بدنه.
- أوهام السيطرة: يشعر المريض بأن قوة خارجية أو داخلية تتحكم بأفعاله وتصرفاته وتختلف هذه القوة تبعا لثقافته (أشعة ليزر، ذبذبات صوتية، سحر وشعوذة، أقمار صناعية).

٢-اضطراب الوجدان :

- اضطراب قوة الانفعال :

- تبلد الانفعال : أي تأخر في الاستجابة الانفعالية.

- تسطح الانفعال : فقد المريض القدرة على الاستجابة الانفعالية.
- عدم التناسب الانفعالي : يستجيب المريض للأخبار السارة بالبكاء والأخبار المكدرة بالضحك.

- اضطراب شكل الانفعال : يتعرض المريض لذبذبات انفعالية مستمرة أو متكررة ، فهو عرضة لحالات وقتية من النشوة والطرب والخوف والرعب والقلق والاكتئاب والتوتر وتكون فجائية وتلقائية دون سبب أو تفسير.
- عدم التجاوب الانفعالي : يحس الطبيب بابتعاد المريض عاطفياً عنه وعدم قدرته على التواصل الانفعالي، مما يجعل العلاج النفسي صعبا جداً.

٣-اضطراب الارادة :

أهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان قوة الارادة وعدم قدرة المريض على اتخاذ أي قرارات والسلبية المطلقة في التصرفات (اضطراب قدرة المريض على المبادرة بأنشطة هادفة وموجهة).

٤- اضطراب الادراك :

- الاهلاسات : استجابة حسية واضحة دون وجود منبه حسي حقيقي.
- الاخالات : هي سوء تفسير المريض للمنبه الخارجي.

أهم أنواع الاهلاسات :

- اهلاسات سمعية : غالباً ما تتكلم عن المريض بصفة الشخص الثالث (هو). غالباً تلعنه، تتهمه، نادراً ما تمدحه، وغالباً ما يتشاجر معها بصوت عالي.
- اهلاسات بصرية : تشاهد في الحالات الحادة في الفصام، حيث يكون لدى المريض تشوش في التفكير وتخليط ذهني وهنا يرى المريض أضواء باهرة ووجوه مخيفة.
- اهلاسات شمية : يشم المريض روائح كريهة تنبعث من حوله أو من نفسه وقد يسد فتحات الأنف للتخلص منها.
- اهلاسات لمسية : تشاهد في الفصام وغالباً ما تأخذ شكل جنسي (امرأة تؤنب زوجها على سكوته عما يحدث لها أثناء الليل من الرجال).
- اهلاسات ذوقية مرافقة للشمية غالباً.

٥-اضطراب السلوك :

- الحياة العائلية : يفقد المريض اهتمامه بذاته، يهمل في نظافته، يطلق لحيته، لا يمشط شعره، لا يستحم. لا يهتم بالأحداث اليومية في عائلته من أمراض أو أحزان أو أفراح، يكون عرضة لسلوك غريب عن طبيعته.
- الحياة الاجتماعية : الانعزال، فقد الاهتمام بالأصدقاء والابتعاد عنهم، يبدأ باعتناق مذاهب فلسفية ودينية وسياسية غامضة شاذة.
- العمل : يهمل في دراسته أو عمله وتقل قدراته ويعاني من صعوبة في التركيز وتتدهور ملكاته السابقة.
- الحياة الجنسية : سلوك جنسي مخالف للطبيعة، إدمان العادة السرية أو إجراؤها علانية، استعراض الأعضاء التناسلية، اغتصاب، اعتداء على المحرمات، انحرافات جنسية أو العهر.

٦- الأعراض الجمودية :

هي الأعراض النابعة من اضطراب القدرة الحركية للفرد وأحياناً ترمز لصراعات لا شعورية في حياة المريض، وعادة ما تعبر عن اضطراب شديد في إرادة الفرد، وتختلف الأعراض الجمودية من فرد لآخر.أهم هذه الأعراض :

- السبات والذهول والغيبوبة الجمودية : تتراوح من توقف بعض الحركات الى غيبوبة تامة لا يتحرك أثناءها المريض ويستمر في السبات و لا يرد على الأسئلة ويرفض الطعام والشراب.
- الهياج الجمودي : ينتاب المريض فترات من الهياج الشديد يحطم أثناءها الأثاث ويعتدي على الغير، ويعتري المريض في هذه النوبات قوة خارقة لا تتناسب مع تكوينه الجنسي.
- السلبية أو النقيضيية : يرفض المريض الطعام والشراب والاجابة على أي سؤال أو يقوم بعكس ما يؤمر به.
- المداومة على حركة أو وضع معين : يتخذ المريض وضعا خاصاً لا يغيره لعدة ساعات أو أيام.
- المرونة الشمعية : يستطيع الطبيب أن يحرك عضلات المريض في أوضاع غريبة و كأنها قطعة من الشمع الذائب.
- الصداء الحركي : يقوم المريض بتقليد نفس حركات الطبيب.

- النمطية في الحركات : ينتاب المريض حركـات متكررة فـي الرأس والحواجب أو الفم أو الأيدي أو الأرجل أو الاهتزاز المستمر فـي أحد الأطراف و لا يتوقف المريض اطلاقا عن هذه الحركات مما يزعج الآخرين.

٧-اضطرابات الكلام :

- فقدان الكلام : لكنه يعبر بالاشارة أو الكتابة.
- سلطة الكلام : تكرار الكلام دون ارتباط وتعدد الكلام بطريقة غير مفهومة.
- تكرار الكلام أو بعض الجمل بنفس المعنى و نفس اللهجة و النغمة.
- اللغة المستجدة : اتخاذ لغة سرية لا يفهمها أحد و لا يفهمها مرضـى الفصام الآخرين.

أنماط الفصام :

أولا : الفصام البسيط أو النمط الترسبي أو المتبقي

RESIDUAL SCHIZOPHRENIA

البدء : إما تالي لهجمة نفاسية حادة أو تطور تدريجي وبطيء جداً أو نواة لتشكل الفصام الشبابي أو الزوراني.

الأعراض :

- نقص واضح في الاهتمامات والفعالية والانتاج.
- تراجع واضح في التواصل مع المحيط و العالم الخارجي.
- تسطح في العواطف و الانفعالات و بشكل ذي دلالة بالنسبة للأشخاص ذوي المكانة الخاصة سابقاً.
- عدم وجود فعالية هذيانية واضحة (اهلاسات ، كلام مشوش ، وضعيات جمودية ، تصرفات مضطربة).
- وجود معتقدات غريبة أو أحاسيس غير مألوفة.

ثانيا : الفصام الشبابي أو النمط غير المنتظم

DESORGANIZED SCHIZOPHRENIA

نقصد بهذا الفصام، الفصام الذي يسيطر عليه التفكك العقلي دون ظهور واضح للأفكار التوهمية فنجد ما يلي من الأعراض :

الفكر والتصرف المضطرب : الازدواجية، اللامبالاة، الغرابة.

العاطفة السلبية والغير مناسبة.

البدء : خفي وتدريجي خاصة عند المراهقين ويتطور هذا النمط من الفصام أحياناً بشكل سريع نحو تقهقر عقلي شديد.

يأخذ هذا النمط من الفصام شكلين سريرين :

- الغالب : سلبية و لا مبالاة متعاظمة تؤدي بالمريض الى حالة توحدية شديدة غير متجاوبة على العلاج.
- شكل يتظاهر بتصرف طفولي مع عدم اكتراث تام بالقيم الاجتماعية والواقع.

ثالثا : الفصام الجمودي (التخشبي)

CATATONIC SCHIZOPHRENIA

نقصد بالنمط الجمودي مجموع الاضطرابات النفسية الحركية التي تتظاهر بما يلي :

- عطالة حركية تتظاهر بالجمود كالمرونة الشمعية.
- نشاط حركي مفرط (ظاهريا غير فعال، وغير متأثر بالمحرضات الخارجية).
- السلبية المفرطة (مثل مقاومة لكل طلب بتغيير وضعية ما والمحافظة على وضعية جامدة) والصمت.

- خصوصية في الحركات الإرادية تتظاهر بالوضعيات الجمودية (مثل المحافظة الارادية على وضعية غير مناسبة وغريبة)، حركات ترددية نمطية واضحة وتعابير غريبة.
- الصدى الكلامي والحركي.
- فترات غضب واندفاع عدواني وذهول.

إن النمط الجمودي هو تعبير عن التفكك على مستوى الوضعيات ونلاحظه بشكل معتدل في مختلف أنواع الفصام (النمطية ، اللامبالاة، السلبية ، الترددية) .

رابعا : الفصام الزوراني

PARANOID SCHIZOPHRENIA

إن هذا النمط من الفصام أكثر وصفية من بقية الأنماط، فهو يجمع بين الأعراض الايجابية والأعراض السلبية ولكن السلبية تأتي في الدرجة الثانية.

الأعراض : انشغال بفكرة أو أفكار توهمية مع اهلاسات من النوع السمعي خاصة أوهام اضطهاد وأوهام عظمة خاصة ، كلام مشوش ، وضعيات مشوشة أو جمودية، عاطفة سلبية وغير مناسبة، إلا أن هذه الأعراض تأتي في الدرجة الثانية.

إذاً من أجل تشخيص الفصام الزوراني، يجب أن تكون الأوهام و الاهلاسات واضحة في حين تكون اضطرابات الوجدان والارادة والكلام والأعراض التخشبية غير واضحة نسبياً.

خامسا : الفصام غير المميز

UNDIFFERENTED SCHIZOPHRENIA

يحتفظ بهذا التشخيص للمرضى الذين :

- يستوفون الشروط التشخيصية للفصام.
- لا يستوفون شروط النوع الزوراني أو الشبابي أو التخشبي.
- لا يستوفون شروط الفصام الترسبي (البسيط).

ما هي شروط تشخيص الفصام ؟

- العلامات المميزة : اثنان أو أكثر مما يلي كل منها استمر لفترة شهر أو (أقل إذا عولج بنجاح): الأوهام، الاهلاسات، الخلط في الكلام، سلوك مضطرب أو جمودي، أعراض سالبة : تبلد وجداني أو ضعف ارادة أو فقر في الكلام أو انسحاب اجتماعي.
- خلل اجتماعي أو وظيفي لمدة ملحوظة منذ بدء الاضطراب.
- المدة : استمرار أعراض الاضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل منها شهر أو (أقل إذا عولجت بنجاح) فيه أعراض واضحة. قد تبدو علامات الاضطراب بعلامات سالبة أو اثنان أو أكثر من الأعراض السابقة الذكر أو أفكار غريبة أو خبرات ادراكية غير معهودة.
- استبعاد الفصام الوجداني واضطراب الوجدان المصاحب بأعراض ذهانية.
- يستبعد أن يكون الاضطراب راجعاً إلى تعاطي مادة ما أو حالة مرضية عضوية.
- استبعاد التخلف العقلي والتوحد. وقد نضيف تشخيص الفصام إليهما إذا ترافقا بأوهام أو اهلاسات بارزة لمدة شهر على الأقل.

التشخيص التفريقي للفصام :

- أمراض المخ العضوية : الأورام الدماغية، تصلب الشريين، زهري الجهاز العصبي، التهاب السحايا والدماغ، الصرع، الايدز.
- الذهان العضوي : - بعض الحميات مثل الصفراء، التيفوئيد، الملاريا.
- ذهان الولادة.
- أمراض الغدد الصماء : كوشينع، أديسون، نقص نشاط درق، علاج بالكورتيزون.
- استخدام عقاقير كيميائية : ل. س. د، مسكالين، كحول، كوكائين، هيروئين، امفيتامين.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب (ذهان الهوس والاكتئاب).
- الفصام الوجداني : ترافق الأعراض الفصامية مع الأعراض الوجدانية.

- اضطرابات الشخصية : الزورانية، الفصامانية، فصامية النوع، المعادية للمجتمع، الحدية.
- أمراض عصابية : توهم علل بدنية، ذهول هستريائي، أعراض قهرية شاذة.

العوامل التي تنبىء بمصير حسن لمرضى الفصام :

- عدم اضطراب الشخصية قبل المرض.
- انجاز وظيفي مناسب في فترة ما قبل المرض.
- وجود عوامل بيئية واجتماعية مرسبة للمرض.
- بداية مفاجئة ومتأخرة للمرض.
- وجود أعراض وجدانية خاصة الاكتئاب.
- وجود أعراض جمودية وزورية.
- عدم استمرار مسار المرض.
- وجود تاريخ عائلي لاضطراب وجداني.
- المريض متزوج.
- يتلقى المريض مساندة اجتماعية مناسبة.

وعكس هذه العوامل تنبىء بمصير سيء لمرضى الفصام.

مضاعفات مرض الفصام :

- فشل دراسي.
- فشل وظيفي.
- اقامة بالمستشفيات لفترة طويلة.
- ارتكاب بعض الجرائم الغريبة.
- قصر حياة الفصاميين لكثرة الانتحار، ولسوء التغذية ولسوء الرعاية الصحية.

علاج الفصام :

١-العلاج الوقائي :

تقليل زواج الفصامي ما أمكن ؛ كما ينصح بعدم زواجه من أقاربه.
وقاية الشخصية الانطوائية مع وجود تاريخ عائلي للفصام باختيار العمل المناسب بحيث لا يتعرض لاجهادات شديدة وتشجيعه على الاختلاط

وعدم الاستبطان الذاتي وهذه الوسائل تعطي الشخص مناعة وقوة كافية للتكيف الاجتماعي تمنعه من الانهيار والتعرض للمرض.

٢-العلاج النفسي :

العلاج النفسي الفردي : يهدف إلى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية وتعد العلاقة العلاجية النفسية هي المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة سواء كانت جسمانية أو اجتماعية أو نفسية.

العلاج النفسي الجماعي : يتم وضع المريض ضمن مجموعة من المرضى بوجود المعالج ومساعدوه حيث تنمى المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، مع اعطاء الدعم والمساندة من المجموعة للمريض، وقد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية.

العلاج النفسي التالي للشفاء : بعد الشفاء يفقد المريض الثقة في نفسه، ويتبين له أنه أصيب بمرض عقلي، ويخشى نظرة المجتمع إليه، لذلك يبدأ ثانية في الانعزال مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول في دائرة مفرغة لا تنتهي.هنا يجب أن يتدخل الطبيب بعد اختفاء الأعراض واستبصار المريض، ويحاول اعادة ثقة المريض بذاته وأنه يستطيع الحياة ثانية كأي مواطن عادي ولديه القدرة على مجابهة الحياة ولديه أمل بمستقبل أفضل.

٣-العلاج الاجتماعي :

العلاج الأسري : شرح حالة المريض للأسرة ومساعدتهم على تقبل مشاكله، وقد يلزم تغيير بعض سلوكيات الأسرة من أجل تقليل النكس لحالة المريض.حيث لوحظ أن العداء وكثرة الانتقاد الموجه للمريض أو الانغماس معه في أعراضه الذهانية، يزيد من معدل النكس لدى مرضى الفصام.

العلاج المهني : جعل المريض يستمر في عمله ما أمكن، أو ايجاد عمل مناسب له اذا لم يعد قادراً على أداء وظيفته السابقة وقد يتم ذلك داخل المشفى بعد تحسنه كعلاج بالعمل، ولكن يفضل اخراجه والحاقه بعمل مناسب.

٤-العلاج الكيميائي (الدوائي) : العقاقير المضادة للذهان :

- مجموعة الفينوثيازين : أشهرها :

- الكلوربرومازين الذي يعرف تجارياً باللارجاكتيل يعطى من ٢٥ ملغ حتى ١٠٠٠ ملغ باليوم ويوجد منه أمبولات مائية للحالات الحادة.
- ثيوريدازين يعرف تجارياً بـ ميليريل وتتراوح جرعته من ١٠ ملغ حتى ٨٠٠ ملغ باليوم.
- تراي فلوبيرازين يعرف تجارياً باسم ستيلازين تتراوح جرعته بين ١ ملغ حتى ٣٠ ملغ يومياً.
- فلوفينازين يعرف تجارياً باسم موديتين، جرعته من ٣ – ١٥ ملغ باليوم وله نوع طويل المفعول يدعى موديكيت يعطى عضلياً كل ٢ – ٣ أسابيع.

- مجموعة الثيوكسانثينات : أشهرها :
- زوكلوبنثكسول يوجد منه أقراص فموية عيار ١٠ ملغ وأمبولات مائية للحالات الحادة عيار ٥٠ ملغ و ١٠٠ ملغ و أمبولات مديدة المفعول تعطى عضلياً كل ٢ – ٤ أسابيع عيار ٢٠٠ ملغ و ٥٠٠ ملغ. يدعى تجارياً كلوبكسول.
- فلوبنتكسول ويدعى تجارياً باسم فلوانكسول وهذا الدواء يفيد في جعل المريض متوافقاً اجتماعياً ويعطى بشكله ذو المفعول المديد عضليا ويوجد منه العيارات التالية ٢٠، ٤٠، ١٠٠ ملغ.

- مجموعة البوتيرفينون : أشهرها :
- هالوبيريدول ويعرف تجارياً باسم هالدول، سيريناس وله أشكال مختلفة :

TAB: ٠,٥، ١، ١,٥، ٢،٥، ١٠، ٢٠ ملغ.

DROP: ٢ ملغ / ١ مل.

أمبولات مديدة التأثير تعطى عضلياً كل ٢ – ٤ أسابيع عيار ٥٠ ملغ، ١٠٠ ملغ. وأمبولات مائية للحالات الحادة بعيار ٢ملغ، ٥ملغ.
- بينفلوريدول ويعرف تجارياً باسم سيماب ويحضر على شكل أقراص فموية مديدة المفعول بعيار ٢٠ ملغ تعطى كل أسبوع.
- بيموزايد ويعرف تجارياً باسم بيمو أو اوراب ، يعطى فمويا من ١ملغ حتى ١٢ ملغ باليوم.

وأكثر ما تفيد هذه المجموعة في السيطرة على الأوهام والاهلاسات.

- الأدوية المستخدمة حديثاً في معالجة الفصام :

- السولبرايد ويعرف تجارياً باسم دوغماتيل يعطى من ٤٠٠ – ١٠٠٠ ملغ.
- الكلوزابين ويعرف تجارياً باسم الليبونيكس يستخدم في حالات الفصام التي لا تستجيب على مضادات الذهان التقليدية وللسيطرة على الأعراض السالبة. يسبب نقص حاد في عدد الكريات البيض بنسبة ٢ % من المرضى. جرعته اليومية من٢٥ ملغ حتى ٣٠٠ ملغ.
- ريسبيردون : يعرف تجارياً باسم ريسبيردال بشكل أقراص فموية ١، ٢، ٤ ملغ، يعطى من ٢ ملغ حتى ١٦ ملغ باليوم موزعة على جرعتين.
- أولانازابين: يعرف تجارياً باسم زايبركسا بشكل أقراص فموية ٥،٧,٥،١٠ ملغ ، يفيد في الحالات الحادة الجديدة .

يفضل عند البدء بالعلاج إجراء ما يلي : تعداد عام للكريات البيض والحمر، استقصاء وظائف الكبد، تخطيط قلب كهربائي .

الآثار الجانبية للعقاقير المضادة للذهان :

- آثار عقلية وسلوكية غير مرغوبة، تغيم وعي، اكتئاب .
- آثار عصبية : زلز (عدم استقرار حركي)، باركنسونية دوائية، سوء وتار حاد، اضطراب حركة آجل .
- آثار على الجهاز العصبي المستقل : جفاف الحلق، تغيم الرؤية، صعوبة التبول والامساك، انخفاض ضغط الدم الانتصابي (وخاصة الكلوربرومازين) .
- آثار استقلابية وغدية غير مرغوبة : سمنة ، انقطاع الحيض ، ثر حليب ، عنانة ، تأخر قذف ، قذف راجع .
- تأثيرات تفاعل حساسية :
  - نقص حاد في الكريات البيض خاصة المحببات (LEPONEX).
  - ارتفاع حرارة خبيث .
  - اليرقان .
  - التهاب الشبكية الصباغي (ثيوريدازين أكثر من ٨٠٠ ملغ).

عند الانقطاع الفجائي عن المعالجة يحدث رد فعل لوقف العقار.

محاذير إعطاء مضادات الذهان :

- حدوث تفاعل حساسية خطير مع هذه العقاقير.
- تعاطي المريض لعقار يثبط الجهاز العصبي المركزي مثل كحول، أفيون.
- وجود اضطراب شديد بالقلب.
- الزرق ضيق الزاوية.
- خطورة شديدة لحدوث نوبات صرعية.

تعالج الأعراض العصبية خارج الهرمية بالأدوية التالية :
١- آرتان ٢ – ١٠ ملغ باليوم.
٢- انتي هيستامين (فنرغان) ٢٥– ٧٥ ملغ / باليوم .
٣- ديازبام ٥ ملغ / ٣ مرات باليوم .
٤- امانتدين ١٠٠ ملغ ٣ مرات باليوم .

متلازمة مضادات الذهان الخبيثة :
تحدث نتيجة الضبط السيء للمعالجة المضادة للذهان وفي حالات نقص حديد المصل وفي حالات مشاركة الليثيوم مع مضادات الذهان وتتصف بما يلي :
صمل عضلي، ارتفاع حرارة شديد، حركات لا ارادية، تخليط، رته، عسرة بلع ، تعرق ، شحوب ، عدم ثبات الجملة القلبية الوعائية . وتعالج :
بإيقاف العلاج وخفض الحرارة وإعطاء السيرومات السكرية والملحية حسب وضع المريض، وتستخدم الأدوية التالية : بروموكربتين ، امانتدين ، دانترولين لتخفيف الصمل العضلي ، بنزوديازبنيات .

٥-العلاج الكهربائي (النوبات الصرعية المحدثة كهربائياً):
بالنسبة للفصام يمكن استخدام هذا العلاج في حالات الهياج الشديدة والحالات الجمودية وفي حالات الفصام المترافقة مع اكتئاب شديد وميول انتحارية .

٦- العلاج الجراحي :
قطع الألياف الواصلة بين الفص الجبهي والمهاد .

دواعي إدخال المريض إلى المشفى :

- لملاحظة المريض وتشخيصه وإجراء الاستقصاءات النفسية والاجتماعية والجسمانية .

- حماية المريض أو المحيطين به من نزعاته العدوانية التي لا يمكن ضبطها خارج المشفى .
- إبعاده عن الضغوط الأسرية أو البيئية التي قد تساهم في تدهور حالته .
- رفض المريض العلاج وعدم استطاعة الأهل تنفيذ البرنامج العلاجي .

استمرارية العلاج :

في حال تحسن مريض الفصام ، تقلل الجرعة إلى النصف من الجرعة المعطاة في المرحلة النشطة . ويراعى أن يستمر علاج الفصام لمدة عام من تحسن المريض وخروجه من المستشفى ، مع متابعته وتقييمه في نهاية هذه المدة وتقليل الجرعة أو إيقاف العلاج .

البحث السادس

الاضطرابات الذهانية الأخرى

الدكتور. مازن الخليل

الاضطراب فصامي الشكل
SCHIZOPHRENIFORM DISORDER

تشبه صورة الاضطراب فصامي الشكل مرض الفصام تماماً، ويختلف عنه بالمدة فقط حيث تكون مدته أقل من ستة أشهر، ولذا فأي مريض تنطبق عليه مواصفات الفصام ولم يكمل مدة ستة أشهر ، يشخص مبدئياً على أنه اضطراب فصامي الشكل وحين يكمل فترة الأشهر الستة يغير التشخيص الى فصام.
بداية هذا الاضطراب مفاجئة وتحت تأثير ظروف ضاغطة، وانذاره هو التحسن وعودة المريض الى سابق أدائه الوظيفي والاجتماعي.
يعالج بكافة المعالجات المستخدمة في الفصام،ويجب التأكيد على العلاج النفسي الداعم لمساعدة المريض في التوافق النفسي و الاجتماعي بعد خبرة الذهان.

الاضطراب الذهاني قصير المدى
BRIEF PSYCHOTIC DISORDER

يتميز ببداية حادة لأعراض ذهانية بعد ظروف ضاغطة في حياة المريض، وتظل لمدة تقل عن شهر، ونظراً لارتباط هذا الاضطراب بظروف ضاغطة كان يطلق عليه (الذهان التفاعلي) أو (الذهان الهستيري) أو (ذهان الانضغاط).
الصورة السريرية : عبارة عن أعراض ذهانية ذات بداية حادة تمتد لعدة ساعات و لاتزيد عن شهر، ثم يعود الشخص لكامل أدائه الوظيفي، بنفس مستوى ما قبل المرض، وتظهر الأعراض بعد ظروف ضاغطة وتكون في هيئة اهلاسات وأوهام وتقلب انفعالي بشكل حاد،وقد يكون الشخص مرتبكاً، ويصاحب ذلك سلوك غريب من اتخاذ لأوضاع غريبة أو ارتداء ملابس غريبة،أو الصراخ أو البكم أو إخراج أصواتاً لا معنى

لها، واضطراب الاهتداء والذاكرة الحديثة، وإجابته على الأسئلة قد تكون سخيفة ومختلفة.

الوبائيات : ينتشر التفاعل الذهاني محدود المدة في الطبقات الاجتماعية الدنيا وفي أصحاب الشخصيات (الهستيرية والنرجسية والاضطهادية وفصامية النوع والحدية) وفيمن تعرضوا لكوارث سابقة وخبروا تغيراً حضارياً...

العلاج: قد يلزم إدخال المريض المستشفى إذا كانت الأعراض شديدة أو بغرض التشخيص. الطمأنينة التي يوفرها جو المستشفى قد تكون كافية مع جرعات قليلة من مضادات الذهان، ويمكن سحب هذه العقاقير تدريجياً بمجرد تحسن الأعراض الذهانية، على أن يصاحبه علاج نفسي لمساعدة المريض على التخلص من آليات الدفاع غير الناضجة (مثل النكوص) وتقليل نقص اعتبار الذات و زيادة الثقة بالنفس.

اضطراب الفصام الوجداني SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

لكي يتم تشخيص هذا الاضطراب لابد من وجود المعايير التالية :

- فترة متواصلة من المرض يوجد خلالها وبنفس الوقت نوبة اكتئابية كبيرة أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة مترافقة مع أعراض الفصام.
- خلال نفس الفترة من المرض لابد من وجود أوهام أو اهلاسات على الأقل لمدة أسبوعين بدون سيطرة الأعراض المزاجية.
- لابد من توافر الأعراض الوجدانية لفترة واضحة خلال فترة المرض بقسميه الفعال والمتبقي.
- لا ينجم هذا الاضطراب عن تناول مادة ما أو عن حالة طبية عامة.

يوجد له نوعين :

- النمط ثنائي القطب : إذا تضمن الاضطراب نوبة هوسية أو نوبة مختلطة أو (نوبة هوسية أو مختلطة مع نوبات اكتئابية كبيرة).
- النمط الاكتئابي : إذا تضمن الاضطراب نوبات اكتئابية كبيرة.
- المسار والانذار : يبدأ هذا الاضطراب بعمر متأخر عن بداية الفصام، غالبا حوالي أواخر العشرينات، ويميل لأن يكون مزمنا في مساره، ولكن إنذاره أفضل من الفصام وأقل من اضطرابات الوجدان.

العلاج : نستخدم نفس العلاجات المستخدمة في الفصام و اضطرابات الوجدان مع العلاج النفسي والاجتماعي.

الاضطرابات التوهمية DELUSIONAL DISORDERS :

هـي اضـطرابات تسـود فيهـا الأوهـام أو الأوهـام المنتظمـة دون سـبب جسماني، وتغيب فيها أعراض الاضطراب الفصامي والوجداني، ويكون الوجدان مناسباً لمحتوى الأوهام وتظل شخصية المريض متماسكة إلى حد كبير واختبار الواقع سليم نسبياً. كان يطلق على هذه الاضطرابات سـابقاً PARANOIA وبدل هذا الاسم إلى الاسم الحالي ليشير إلـى أن محتوى الأوهام لـيس محصوراً فـي الاضطهاد، وأن الاضطهاد لـيس ضرورياً لوضع هذا التشخيص. لها عدة أنواع هي :

١- أوهام الحب (هوس المحب) EROTOMANIC :

يسيطر علـى الشخص وهم أنه محبوب من آخر حباً رومانسياً، وعادة يكون هذا الآخر من طبقة عالية أو مشهور أو رئيسه في العمل، وقد يكون غريباً تماماً عن صاحب الوهم. قد يبذل المريض جهوداً للاتصال الشخصي بموضوع الوهم من خلال الهاتف أو الرسائل أو الهدايا أو الزيارات أو الملاحظة المستمرة أو اعتراضه. قد يحفظ المريض أوهامه سرية لا يبوح بها رغم هذه الجهود.

٢-أوهام العظمة GRANDIOSE :

يعتقد المريض بما لا يدع مجالاً للشك أنه عظيم ولكنه غير معروف أو أنـه اكتشف اكتشافات هامة، ويتقدم أحياناً لهيئات حكومية ليسجل هذه الاكتشافات الوهمية، وقد يعتقد أنه على علاقة خاصة بشخص بارز (نجم سينمائي، رئيس دولة)، وقد تحمل هذه الأوهام محتوى دينياً أو عقائديا (مرسل من عند الله لنشر تعاليم معينة) يسيطر بها المريض على مجموعة من الناس وقد يصبح قائداً لها.

٣-أوهام الغيرة JEALOUS :

يكون المريض مقتنعاً تماماً ودون سبب بأن زوجته أو محبوبته تخونه، ويجمع أدلة واهية ليؤكد خيانتها ويقوي وهمه، وغالباً يقدم على خطوات غير عادية تحت سيطرة هذا الوهم (يواجه الزوجة بذلك، يحبسها في المنزل، يمنعها من الخروج بمفردها، يتتبعها سراً، كثيراً ما يعتدي عليها بالضرب).

٤- أوهام الاضطهاد PERSECUTORY :

هي أكثر أنواع الاضطرابات التوهمية شيوعاً وقد تكون الأوهام بسيطة أو معقدة، وعادة تشمل موضوعاً واحداً أو مجموعة موضوعات مرتبطة

ببعضها، مثل أن هناك من يتآمرون ضده أو من يتحايل عليه أو من يتجسس عليه أو يتتبعه أو يدس له سماً أو عقاراً أو يحقد عليه بخبث أو يضايقه أو يعترضه في تحقيق أهدافه.

٥- الأوهام الجسدية SOMATIC :

لها أشكال مختلفة أكثرها شيوعاً اقتناع المريض أنه تخرج منه رائحة كريهة من أحد أجزاء جسمه أو من إحدى فتحات جسمه، أو أنه لديه عدوى جلدية، أو أن لديه عدوى طفيلية داخلية ، أو أن جزءاً من جسمه قبيح الشكل، أو أن جزءاً من جسمه لا يعمل ، وعادة يذهب هؤلاء المرضى إلى الأطباء العضويين للعلاج وإلى جراحي التجميل لتصحيح الجزء الذي يرونه قبيحاً .

الوبائيات :

تنتشر الاضطرابات التوهمية بنسبة ١٠٠٠٠٠/٣، و ربما يكون انخفاض هذه النسبة لعدم حضور المرضى للعلاج، يكثر انتشارها بين الإناث وبين أقارب الدرجة الأولى.

المسار والإعاقة : عادة يبدأ الاضطراب التوهمي في متوسط العمر (٤٠-٥٥) وقد يبدأ مبكراً أو متأخراً عن ذلك ، ومساره متفاوت من حالة إلى أخرى ، فأحياناً يصبح مزمناً (خاصة النوع الاضطهادي) ، وأحياناً يمر بفترات من الهوادة يعقبها فترات أخرى من الاشتداد ، وفي بعض الحالات يظل الاضطراب شهوراً قليلة ثم يختفي دون انتكاس. ونادراً ما يعوق الاضطراب التوهمي الأداء اليومي للشخص، حيث أن ذكاء الشخص وقدرته الوظيفية لا تتأثر حتى عندما يصبح الاضطراب مزمناً، ولكن الذي يتأثر غالباً هو علاقات الشخص الاجتماعية والزوجية ، وبصفة عامة فإن المصابين بهذا المرض عاديون في مظهرهم وسلوكهم ما لم تناقش أوهامهم.

العلاج : نفس العلاجات المستخدمة في الفصام.

الاضطراب الذهاني المشارك
SHARED PSYCHOTIC DISORDER

هو اضطراب توهمي يحدث للمريض نتيجة علاقته الوثيقة بشخص آخر هو صاحب هذه الأوهام أصلاً أي أنه هو المريض الأصلي وشاركه مريضنا أوهامه.
يحدث هذا الاضطراب بعد تعايش الشخصين معاً وانعزالهما وعدم احتكاكهما بالآخرين. عندما يتم عزل مريض اضطراب الذهان المشارك عن المريض الأصلي تتناقص حدة الأوهام لديه، وقد يتعدد الأشخاص المشاركون للمريض الأصلي بأوهامه (أم مصابة و أولادها جميعاً مشاركون لها).
يكثر انتشاره بين الإناث وفي الطبقات الاجتماعية الدنيا والمعاقون بسبب اعتمادهم على الآخرين، وتزيد نسبة الانتشار بين فردين من أسرة واحدة على ٩٥% من الحالات. عادة السبب نفسي اجتماعي لوجود شخصين أحدهما مسيطر و أخر تابع و العلاقة بينهما حميمة وارتباطهما بالعالم الخارجي معدوم ويسعى التابع ليحوز القبول من الشخص المسيطر.
العلاج : يلزم فصل الشخص المصاب بذهان مشارك عن مصدر الأوهام (الشخص المسيطر) وتعطى العقاقير المضادة للذهان إذا لزمت فقط، والعلاج النفسي هام جداً لمساعدة المريض على التخلص من أوهامه المشاركة وإعادة ارتباطه بالواقع الخارجي والعالم من حوله.

ذهان ما بعد الولادة POST-PARTUM PSYSHOSIS:

هي متلازمة تحدث بعد الولادة (١-٢/١٠٠٠ولادة) وتتميز بأوهام واكتئاب شديد مع أفكار لإذاء النفس أو الوليد.
تظهر الأعراض عادة في اليوم الثالث للولادة وتبدأ بالأرق وعدم الاستقرار والشعور بالإجهاد وتقلب الوجدان مع نوبات من البكاء، أما الأعراض المتأخرة فتشمل الإرتباك وعدم ترابط التفكير والانشغال بأفكار حول صحة الطفل أو عدم الرغبة بالاعتناء به أو الرغبة في إيذائه ويحدث لديها أوهام أن الطفل ميت أو مشوه أو إنكارها أنه وليدها أو أنها لم تتزوج ومازالت عذراء أو أنها تنتمي للجنس الآخر وقد يحدث لديها إهلاسات آمرة تأمرها بقتل وليدها.

سجلت إحدى الدراسات أن ٥ % من المصابات بهذا الاضطراب يقتلن أنفسهن و٤ % يقتلن أولادهن، وغالباً ما تتكرر الحالة في الولادات التالية.

العلاج : تعتبر هذه الحالة من الحالات التي تتطلب علاجاً عاجلاً ويفضل أن يتم العلاج في المشفى و وضع المريضة تحت الملاحظة لمنع محاولات الانتحار وتستخدم مضادات الاكتئاب ومعدلات المزاج ومضادات الذهان حسب الأعراض، تعطى الأم فرصة للتواصل مع طفلها إذا رغبت ولكن تحت الملاحظة، العلاج النفسي مفيد خاصة بعد انتهاء الفترة الحادة من الذهان و يتوجه إلى الصراع النفسي و مساعدة الأم في تقبل دور الأمومة، المعالجة الزوجية و العائلية ضرورية لمساندة المريضة و تقليل مشاعر الانضغاط لديها.

البحث السابع

اضطرابات المزاج
MOOD DISORDERS

الدكتور . عبد المسيح خلف

تعريف :

هي حالات سريرية يكون الخلل الأساسي فيها تبدلات في المزاج مرضية في نوعيتها أو شدتها أو كليهما. هذه الأعراض الرئيسية تتراوح بين هبوط شديد في المزاج (نوبة اكتئابية شديدة) والارتفاع الكبير (المرح والزهو الهوسي).

ملاحظات:

- قد تحدث هذه التغيرات على إثر موقف أو حدث معين أو بدون سبب ظاهر، وتستمر مدة من الزمن تكفي لتشخيصها، ونموذجها المثالي هو الاضطرابات المزاجية ثنائية القطب الهوسية الهمودية الدورية. يصاحب عادة هذا الخلل الأساسي في المزاج أعراض مرضية أخرى قد تكون ثانوية لتبدلات المزاج ويمكن فهمها بسهولة في هذا الإطار.
- الشعور: خبرة ذاتية يدركها الفرد (مثل السعادة أو التعاسة ... الخ) ، ويعبر عنه بالانفعال: تبدلات فيزيولوجية تنشأ استجابة للشعور أو تعديلاً له ، ويشكلان معاً حالة وجدانية، يمكن ملاحظة الانفعال خارجياً على الشخص الذي يعبر عن شعوره الداخلي بطريقة محددة تطبع فكره وسلوكه، ويستخدم عادة تعبير (الوجدان) كمرادف لتعبير (المزاج).
- اضطرابات المزاج: هي الاضطرابات الأكثر شيوعاً في عمل الطبيب النفسي وفي ممارسة الطبيب العام، والاضطراب المزاجي بشكل اكتئابي هو الأكثر انتشاراً من الشكل الانبساطي، وهو الاضطراب الجوهري الذي يسبب الانتحار.

- عند ما نتحدث عن الاكتئاب طبياً فلابد من توفر معطيات سريرية تقوم على هبوط في المزاج يصاحبه عادة أعراض تمس السلوكيات الأساسية (النوم-الطعام-الجنس – السلوك الاجتماعي والمهني ۰۰۰ الخ) وهذا يختلف عما يدعوه عامة الناس بالاكتئاب ويقصدون به التعبير عن الشعور بالغم أو التعاسة.
- تختلف تبدلات المزاج المرضية عن التموجات العادية في المزاج:
  - درجة الشدة أو طول المدة.
  - عدم وجود سبب ظاهر أو وجود سبب ظاهر ولكن الشدة أو المدة غير مناسبة.
  - عدم تطابق بين معطيات الواقع وما يرافق المزاج من أفكار وسلوكيات.
- التموجات العادية في المزاج:
  - الارتكاس الاكتئابي الطبيعي: هو انفعال إنساني سوي وطبيعي يتميز بوجود مشاعر الحزن وخيبة الأمل أو الإحباط واليأس ويعيشه الإنسان بشكل عادي وعابر.
  - الحداد غير المختلط والأسى: عندما تكون شدة الاكتئاب ومدته مناسبتان لحدث راض (فقدان خارجي معروف) وواقعي متوافق مع المحيط الاجتماعي والثقافي للشخص ويحدث عادة على ثلاث مراحل (ذهول الصدمة ثم الكآبة والحزن ثم الشفاء) ويزول لوحده تدريجياً. نادراً ما يؤدي الآسى والحزن إلى اضطراب وجداني جدي وخطير (لكن هناك حالات من الحداد المختلط۰۰۰۰) قد يتأخر رد الفعل على الفقدان ولكن نادراً ما يحدث بعد شهرين أو ثلاثة من الفقدان .

تصنيف اضطرابات المزاج :

(تبعاً للتقسيم العالمي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٢) .

١- نوبة هوس (ابتهاج):

- هوس خفيف الشدة (نوبة ما تحت هوس).
- هوس بدون أعراض ذهانية.
- هوس مع أعراض ذهانية.

٢- الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب:

- النوبة الحالية هوس خفيف الشدة.
- النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية.
- النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية.
- النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة . (بدون أعراض بدنية، مع أعراض بدنية).
- النوبة الحالية اكتئاب شديد . (بدون أعراض ذهانية ، مع أعراض ذهانية).

٣- نوبة اكتئابية:

- خفيفة الشدة بدون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية.
- متوسطة الشدة بدون أعراض بدنية أو مع أعراض بدنية.
- شديدة (جسيمة) بدون أعراض ذهانية أو مع أعراض ذهانية.

٤- اضطراب اكتئابي متكرر.

٥- اضطرابات وجدانية مستمرة:

- المزاج الدوري.
- عسر المزاج.

٦- اضطرابات مزاجية أخرى:

تم إلغاء ما كان يسمى الاكتئاب الارتكاسي أو ما يسمى الاكتئاب العصابي، وأدرجا تحت ما يسمى عسر المزاج أو النوبة الاكتئابية خفيفة الشدة، وتراجع استعمال مصطلح الاكتئاب داخلي المنشأ وتم وضعه في إطار النوبة الاكتئابية الجسيمة أو الشديدة مع أعراض ذهانية.

يبقى تصنيف اضطرابات المزاج مسألة معقدة وذلك لتداخل عوامل عديدة في أسبابه المفترضة (وراثية، كيميائية، بيئية، نفسية) وتعدد المظاهر السريرية والبيولوجية والجسدية التي نشاهدها.

يميل المرضى الإكتئابيون لتقدمة أعراضهم الجسمية (التعب، الأوجاع المزمنة والمبعثرة، عسر الهضم، إمساك، صداع، دوخة) في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وهذا يستدعي إجراء تشخيص تفريقي دقيق والبدء بالعلاج الفعال بجرعات مناسبة ولمدة كافية.

الوبائيـات :

يلاحظ العلماء والباحثون في مجال الصحة النفسية أن هناك تزايداً في طلب العلاج لحالات اضطراب المزاج على الخصوص لحالات الاكتئاب في العقود الأخيرة، وقد تم إرجاع ذلك إلى عوامل عدة منها:

- الاكتشاف المبكر للاضطرابات المزاجية.
- تنامي الوعي الصحي لدى عامة الناس وإدراكهم بوجود إمكانيات علاجية.
- زيادة معدل متوسط عمر الإنسان.
- تبدلات في نمط الحياة (تسارع حركة الحياة، تراجع الروح الجماعية باتجاه الروح الفردية، زيادة طموحات الفرد ومنافسته كي يكون الأفضل والأقوى٠٠٠٠ الخ).

هناك اختلاف في تقدير مدى انتشار الأمراض الوجدانية بين مختلف الباحثين وذلك لعوامل عدة:

- وجود اختلافات في التصنيف الذي يتم تبنيه في المعايير التشخصية.
- قبل الاعتماد على DSMIV (ذو المعايير المتشددة) كانت هناك سلوكيات متنوعة تتداخل مع الاكتئاب وتشوه التقييم الفعلي لنسبة انتشار الاضطرابات المزاجية مثل (حالات الإسراف الدوائي الذي قد يكون معادل اكتئابي) و (بعض حالات الاكتئاب المقنع حيث تكون الأعراض الفيزيولوجية والجسمية في الواجهة وتجعل التشخيص صعباً). تواجد حالات عسر المزاج وحالات المزاج الدوري يزيد مسألة إحصاء الحالات المرضية تعقيداً .
- وجود شخص من كل خمسة أشخاص مصابين بالاضطراب الاكتئابي يتابع العلاج عند الطبيب ، وشخص من كل خمسين شخص مصاب بالاكتئاب تحتاج معالجته دخول المشفى، وهناك حالات بسيطة من الاكتئاب تشفى تلقائياً دون مراجعة الطبيب .

يعد الاكتئاب مرض شائع جداً ونسبة انتشاره تعادل عشرة أضعاف نسبة انتشار مرض الفصام .

تصيب الاضطرابات المزاجية ٥-١٠ % من الأفراد، ويقدر أن ١٠-٣٠ % من البالغين يصابون بالاكتئاب في وقت ما من حياتهم ، يحدث الاكتئاب في كل الأعمار ولكن أغلبية المصابين بالاكتئاب تتمحور أعمارهم حول الأربعين سنة، بينما متوسط العمر في اضطراب المزاج ثنائي القطب هو ٣٠ سنة.

لاحظ المهتمون بالصحة النفسية منذ زمن بعيد أن معظم مرضى الاكتئاب هم من الإناث، ومع ذلك لم يكن واضحاً حتى وقت قريب فيما إذا كان عدد الإناث المصابات بالاكتئاب هو أكثر من عدد الذكور المصابين بالاكتئاب، أم أن نسبة الإناث اللواتي يطلبن العون والعلاج هي أكبر من نسبة الذكور، أو بسبب سهولة تشخيص الاكتئاب لدى الإناث بسبب السلوك التعبيري الانفعالي لديهن. ولقد أكدت دراسات يتزايد عددها أن نسبة انتشار الاكتئاب عند الإناث تعادل ضعف نسبة انتشاره عند الذكور، وتتعرض الإناث للسوداوية المعتدلة والاضطراب العاطفي الموسمي أكثر من الذكور، ولا تختلف نسبة الإصابة بالمرض الهوسي الاكتئابي باختلاف الجنس.

تزداد نسبة حدوث الاضطرابات المزاجية بين أقارب الأشخاص المصابين وخاصة أقارب الدرجة الأولى.

الاكتئاب هو من أهم أسباب محاولات الانتحار الناجحة، ٥٠-٧٠% من الأشخاص الذين انتحروا كانوا يعانون من الاكتئاب. كما أن المرضى الهوسين هم من أكثر المرضى الذين يترتب على سلوكهم خلفيات طبية نفسية شرعية.

أسباب اضطرابات المزاج:

لا تزال الأسباب المباشرة لاضطرابات المزاج غير معروفة، والفرضيات المقبولة حول العوامل التي تتضافر وتؤثر في ظهور وتطور هذه الاضطرابات هي بيولوجية ونفسية واجتماعية بيئية.

أولاً: العوامل البيولوجية :

منذ عام ١٩٢١ ذكر كربلين أن الاضطرابات المزاجية تنجم عن عوامل بيولوجية تتزامن معها عوامل نفسية وافترض أن هناك آلية تحكم داخلية تعمل على تسريع أو إبطاء دورة الهوس و الاكتئاب ، ومن أهم العوامل البيولوجية ما يلي:

١- العوامل الوراثية : يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة اضطرابات المزاج، ولقد تعددت الدراسات والأبحاث بهذا الشأن وجاءت نتائجها على النحو التالي:

- أظهرت دراسة التوائم (في أنحاء مختلفة من العالم) وجود معدل تطابق عالي للاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب يصل إلى٧٠% عند التوائم وحيدة البيضة و ٢٠% عند التوائم ثنائية البيضة.
- تزداد نسبة حدوث الاضطرابات المزاجية وخاصة الشكل الثنائي القطب عند أقارب المصابين وخاصة أقارب الدرجة الأولى، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالاضطرابات المزاجية فإن أولادهم معرضون للإصابة بالاضطرابات المزاجية بنسبة ٢٥%، وترتفع هذه النسبة إلى ٦٠% إذا كان الوالدان مصابين.
- يزداد أثر العامل الوراثي في الاضطرابات الوجدانية عما هو عليه في الفصام.
- يتفق معظم العلماء على أن المورثات المسببة لهذا المرض هي من النوع السائد (القاهر) ذات التأثير غير الكامل.
- يتعرض أقرباء الأفراد المصابين بالاضطرابات المزاجية أكثر من غيرهم لأنماط أخرى من الاضطرابات النفسية كالكحولية والرهابات الاجتماعية ونوب الهلع، لذا تدعى هذه الاضطرابات بالطيف الاكتئابي.

٢- العوامل الجسمية الغدية (اختلال النشاط الهرموني):

إن العلاقة بين اضطراب الغدد الصم واضطرابات المزاج تتبدى بما يلي:

- تزداد الأعراض الاكتئابية قبل الطمث وأثنائه حيث تشكو بعض النساء من استثارة انفعالية غير طبيعية مع توتر وصداع، وقد يتوقف الطمث في بعض حالات الاكتئاب الشديد أو الهوس. تبدأ الأعراض الاكتئابية أو تزداد وتشتد عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية (سابقاً سن اليأس). تحدث بعد الولادة تبدلات هرمونية قد تؤدي إلى اضطرابات مزاجية شديدة، وكذلك بعد تناول موانع الحمل.
- تظهر أعراض هوسية وأحياناً اكتئابية في اللوحة السريرية لمرضى كوشينغ (فرط إفراز الغدة الكظرية) وكذلك في بعض حالات العلاج المزمن بالستيروئيدات (الآفات الروماتزمية). يحدث زيادة في إفراز الكورتيزول في بعض حالات الاكتئاب ويستدل على ذلك باختبار الديكساميتازون لكن هذا الاختبار غير نوعي،حيث يوجد في أمراض أخرى كالوسواس القهري.

- قد يصاب مرضى غريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الابتهاج الحاد أثناء نشاط هذا المرض. يصيب مرضى قصور إفراز الغدة الدرقية أعراض اكتئابية شديدة في حوالي ٤٠% من الحالات، تبدأ هذه الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية والجسمية.

٣- النظم الدورية (الساعة البيولوجية) :

يحدث تأخر في كمون نوم REM وزيادة في عمقه عن الطبيعي في النصف الأول من حلقة النوم في الاكتئاب الشديد وقد حدث تحسن عابر للمزاج الاكتئابي تحت تأثير العلاج بالحرمان من النوم. عولجت بعض اضطرابات المزاج الفصلية بشكل إيجابي بزيادة التعرض للضوء. لوحظ حدوث تبدلات في النظم الدورية لدى الحيوانات استجابة لضوء الشمس ولتناول الاستروجينات ومضادات الاكتئاب وأملاح الليثيوم.

٤- الأمينات الحيوية والشوارد:

لوحظ وجود علاقة بين مستوى الأمينات الحيوية في الدماغ (خاصة السيروتونين والأدرينالين والدوبامين) وبين الاضطرابات الوجدانية.تتواجد هذه الأمينات الحيوية بنسبة أعلى في المناطق الخاصة للانفعال في الدماغ (خاصة تحت المهاد والغدة الصنوبرية والسبيل الحوفي المتوسط) وإن نسبتها تقل في هذه المناطق عند المرضى المنتحرين وتزداد بعد المعالجة بمضادات الاكتئاب.

تؤدي الأدوية (الرزربين) والأمراض (داء باركنسون) التي تقلل من تركيز الدوبامين إلى ظهور أعراض اكتئابية، وهناك دراسات تؤكد على نقص نشاط مستقبل D1 في الاكتئاب.

لوحظ زيادة نسبة محاولات الانتحار والأفعال العدوانية عند مرضى الاكتئاب الذين لديهم نقص في تركيز السيروتونين في السائل الدماغي الشوكي والصفيحات الدموية. ويقول بعض الباحثين أن نقص فعالية السيروتونين قد يكون ضرورياً لبدء الاضطراب الوجداني ولكن مستوى النورابينفرين يحدد فيما إذا كان اكتئاباً أم ابتهاجاً.

لقد وجد حديثاً أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد ٥٠% عن طبيعته، أما الشخص المصاب بنوبة الهوس فتزيد هذه النسبة إلى٢٠٠% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها، ولإثبات ذلك تم إعطاء هؤلاء المرضى الهرمون المضاد للإدرار LDH

الذي يحبس الماء والصوديوم في الجسم مما أدى إلى تدهور حالة هؤلاء المرضى.

ثانياً : العوامل النفسية :

قد يصيب الاكتئاب كل إنسان تحت تأثير ظروف معينة ولا توجد شخصية محددة للاكتئاب، وبشكل عام فإن التقييم السلبي للذات يلعب دوراً في حدوث الاضطرابات الوجدانية. وأهم النظريات التي فسرت الاضطرابات الوجدانية هي:

١- النظرية التحليلية : فسرت الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية يحرضه فقدان الحب، ويبدأ الاكتئاب بازدياد الحاجات النرجسية (مع الشعور بأن أحداً لايحبه)، وتتطور العدوانية تجاه الموضوعات المحيطية إلى عدوانية تجاه الذات، يظهر الإحساس بالعدوانية والكراهية للذات في صورة الشعور بالاثم (انقلاب الأنا العليا ضد الأنا)، تلعب العدوانية تجاه الذات دوراً مهماً في ظهور وتطور الاكتئاب وتطلق الميول الانتحارية.
أما في الذهان الدوري فإن حالة الابتهاج المرضي في نوبة الهوس هي الانفراج الذي يحدث بين الأنا والأنا العليا بشكل فجائي ولصالح الأنا (كأن الأنا تحتفل بالانتصار على الأنا العليا على شكل حرية طفلية مع إطلاق العنان لكل الغرائز، وكأن الهوس هروب من الاكتئاب).

٢- النظرية المعرفية : يعتبر الدكتور بيك أن الاكتئاب هو اضطراب في إستراتيجية التفكير ينجم عن تكوين نظم فكرية سلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل ، ويتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية.

٣-النظرية السلوكية : تتلخص بأن مواجهة الفرد لأحداث كرب مستمرة تؤدي إلى اللامبالاة ثم الشعور باليأس والعجز ثم أعراض الاكتئاب الأخرى.

ثالثاً : العوامل الاجتماعية البيئية :

- غياب المساندة العاطفية والاجتماعية عند التعرض لكرب.
- البطالة وعدم الاستقرار المهني.
- الظروف الحياتية الضاغطة في الطفولة (فقدان أحد الوالدين قبل سن ١١ سنة، طلاق بين الوالدين، التربية الاعتمادية).
- ترسب الأحداث الحياتية الراضة (موت قريب، فقدان حبيب، نزوح، انتقال السكن والإقامة) الاضطرابات المزاجية خاصة الاكتئابية منها.
- قد تحدث أحداث النجاح والفرح اكتئاباً (اكتئاب الترقية)، وقد تحدث أحداث الحزن ابتهاجاً (هوس الحداد).

اللوحة السريرية :

أولاً : العلامات السريرية للاضطرابات الهوسية :

١. البداية والمسار:

- الهوس أقل انتشاراً من الاكتئاب.
- تبدأ النوبة عادة في العشرين من العمر، وإن كانت توجد حالات تبدأ بعد سن الخمسين.
- تكون البداية فجائية، وتكتمل اللوحة السريرية بسرعة وتدوم عدة أشهر، تنتهي فجأة، وتتحول أحياناً إلى حالة من الهوس المزمن.
- تختلف شدة الأعراض، وغالباً ما تسبب إعاقة مهنية واجتماعية.

٢. الأعراض السريرية:

مزاج انبساطي أو مرتفع أو قابل للاستثارة السريعة:

يصل الابتهاج لدى بعض المرضى إلى درجة الشمق (الزهو) مع مرح غامر وشعور بالسعادة لا يوصف وحبور كبير ذو قدرة على العدوى أحياناً مع الرغبة دون ملل لإقامة علاقات اجتماعية ونشاطات كبيرة .

بعض المرضى يبدون مزاجاً متهيجاً مع سلوك غاضب، وكل إحباط يقودهم إلى الخصام والعدوانية والتهجم اللفظي أو الأذى المادي.

فرط النشاط النفسي الحركي وزيادة الفعالية:

- صعوبة في الاسترخاء أو الجلوس مع فقدان الجلد والمثابرة على عمل محدد مع وضع مشاريع متعددة وخطط معقدة وانهماك متزايد بالفعاليات المفرحة والتي قد تحدث نتائج مزعجة لا يقدرها المريض أحياناً (هواتف ليلية متكررة، زيارات متعددة، مرح صاخب، استثمارات مالية حمقاء، طيش جنسي، إسراف كحولي، ألبسة مزركشة وأوسمة، تبرج غير لائق عند النساء، فقدان الوقار والحشمة ٠٠إلخ).
- كثرة الحركة وعدم الاستقرار دون هدف واضح ودون الشعور بالتعب وذلك لعدة أيام أو أسابيع دون خمول أو ملل.

الإسهال الكلامي:

يتداخل الكلام ويتسارع عند الهوسي الذي غالباً ما يحاور بصوت عالي وتدفق يصعب مقاطعته وقد يغضب عند معارضته أو إيقافه فيشتم أو يضرب، يلقي الفكاهات بحديث مازح وألفة غير طبيعية، يستعمل التورية و الشعر والسجع ويتلاعب بالكلمات وقد يدمج عدة لغات، وقد يلجأ للغناء أحياناً أو إلى إيماءات دون الكلام، وبشكل موازٍ قد يسرف في الكتابة حتى على الجدران.

الشرودية:

- يتحرك الانتباه ويتبدل بسرعة مع تطاير بالأفكار التي تتزاحم في ذهنه ولا يثابر على فكرة أو مهمة بدأ بها نتيجة تأثره البالغ بكل المحرضات الخارجية حتى البسيطة والعادية منها، ينتقل من موضوع إلى آخر دون ترابط هادف.
- الإحساس الشفاف بكل ما يحدث من حول المريض مع سرعة تبدل الانتباه والربط البديهي وحدة في الذاكرة تجعل مجاراته مرهقة من المقربين منه واللذين يلاحظون بسهولة أن هذا الشخص مصاب باضطراب في تفكيره وكلامه.

تضخم الأنا والاعتداد بالذات:

- غرور شديد واعتداد بالنفس قد يصل حتى الشعور بالعظمة والفخامة مع توهم قدرات خارقة (شخصية عظيمة، علاقات مع شخصيات مهمة، نبوءة، اختراعات خارقة٠٠٠٠ الخ).
- يرافق مشاعر العظمة هذه أحياناً توهمات اضطهادية تبريراً لأوهام العظمة (إنني ملاحق ومراقب لأنني مخترع عظيم).

سرعة تبدل المزاج:
يلاحظ أحياناً تذبذب في المزاج قد ينقلب من المرح إلى الغضب، وهذا ما يغذي سلوك عدواني، قد يكون خطيراً إذا ما اعترض أحدهم رغبة الهوسي الملحة بالتفوق والسيادة وإعطاء الأوامر.

نقص الرغبة في النوم:

- تنقص الحاجة للنوم عند الهوسي.
- ينام الهوسي متأخراً جداً ليستيقظ بعد ثلاث ساعات أو لا ينام على الإطلاق ، ويشعر أنه في أوج نشاطه وهذا ما يزيد من حدة الازعاجات الليلية للجوار والمحيطين به .

٣. تصنيف الأشكال السريرية للاضطرابات الهوسية:

نوبة الهوس الخفيف (هوس تحت حاد أو تحت الهوس) HYPOMANIA :

ارتفاع المزاج أو سهولة استثارته بشكل واضح يختلف عن المعتاد، ولمدة لا تقل عن أربعة أيام متتالية .

تواجد ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية :

- تضخم الأنا مع الشعور بالعظمة .
- فرط نشاط حركي جسمي مع عدم استقرار.
- زيادة الثرثرة أكثر من المعتاد .
- تشتت الانتباه وصعوبة في التركيز وتطاير الأفكار.
- نقص الحاجة للنوم .
- إسراف وتهور وتبذير بدرجة متوسطة .
- زيادة الانخراط في أنشطة اجتماعية مع فرط نشاط جنسي .

تغير الأداء المهني بشكل طفيف مقارنة بالأداء قبل ظهور الأعراض.

يكون الاضطراب المزاجي والتبدل في السلوك ملحوظ من قبل الآخرين.

لا تكون النوبة شديدة ولا تحدث خلل اجتماعي أو مهني كبير، ولا تستدعي الحجر أو الاستشفاء ولا توجد أعراض ذهانية.

ليست الأعراض بسبب تأثير مباشر لتعاطي مادة أو عقار طبي أو لأية حالة مرضية عضوية (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية)، ويرفض المريض عادة استشارة الطبيب أو تناول العلاج بسبب اقتناعه التام بسلامته.

نوبة الهوس بدون أعراض نفاسية (ذهانية): MANIA WITHOUT PSYCHOTIC SYMPTOMS

المزاج مرح ومرتفع أو استثارته سريعة وغير طبيعية ويدوم أسبوع على الأقل (أو أي مدة إذا كانت شدة الاضطراب قد استدعت قبول المريض في المشفى).

تواجد ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية (أربعة إذا كان المزاج فقط شديد الاستثارة)، وتتداخل هذه الأعراض مع الحياة اليومية والوظيفية:

- تضخم الأنا مع عظمة في اعتبار الذات .
- نقص الحاجة للنوم.
- ثرثرة وإسهال كلامي.
- تطاير الأفكار أو شعور ذاتي بأفكار متميزة.
- فرط نشاط نفسي حركي مع عدم الاستقرار في المكان.
- تشتت الانتباه مع تغيير مستمر بالنشاط والمشاريع.
- تحرر من الرقابة الاجتماعية ينتج عنها خروج عن الأعراف والتقاليد.
- فرط الانغماس في أنشطة سارة ظاهرياً لكن نتائجها قد تكون سلبية على الشخص أو الآخرين (ارتكاب حماقات جنسية، تورط في مشاريع مالية فاشلة، شراء وتجارة غير مدروسة، تبذير للممتلكات... الخ).

يوجد خلل في السلوك الاجتماعي والمهني ملحوظ قد يستلزم إدخال المريض إلى المشفى للعلاج ومنعه من إيذاء نفسه والآخرين.

الأعراض لا تعود إلى تأثير مباشر لمادة ما (دواء علاجي، إسراف إدماني)، أو إلى حالة مرضية جسمانية (فرط درق).

لا توجد توهمات ولا اهلاسات ، رغم بعض الاضطرابات في الإدراك الحسي أحياناً (شعور ذاتي بوضوح وزهو الألوان ، حدة السمع.. الخ) ويكون المريض غير مستبصراً بحالته المرضية ولا يطلب عفوياً العلاج.

نوبة الهوس مع أعراض ذهانية (نفاسية): MANIA WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS

الأعراض تجمع كل سمات النوبة المذكورة أعلاه عدا السمة الأخيرة.

لا توجد دلالات الفصام أو الاضطرابات الفصامية الوجدانية هوسية الشكل.
تظهر توهمات واهلاسات لكنها بعيدة عن تلك النموذجية المشاهدة في الفصام، والأوهام الأكثر شيوعاً هنا هي أوهام ذات محتوى عظمة ومرجعية للذات أو ذات محتوى اضطهادي.
لا تعود الأعراض إلى تأثير مباشر لمادة دوائية ولا إلى حالة مرضية جسمانية.
ويمكن وصف شكلين سريريين:

- نوبة هوسية مع أعراض ذهانية متوافقة مع المزاج (أوهام عظمة أو اهلاسات تدل على فخامة الشخص والقوى الخارقة لديه).
- نوبة هوسية مع أعراض ذهانية غير متوافقة مع المزاج (اهلاسات سمعية حيادية تصف عواطف الشخص ومشاعره أو أوهام مرجعية أو اضطهادية).

الهوس المزمن: CHRONIC MANIA
تستمر الأعراض عدة سنوات دون تغير كبير.
قد تتواجد أرضية تتناوب عليها نوبات حادة من الهوس أو الاكتئاب.
تتواجد الأعراض المزاجية كما في حالات نوبات الهوس ولكن بشدة أقل ومدة أطول.
يبدو المريض سعيداً، سلوكه تهكمي ويدبر المقالب، مسلياً، لا يتحمل المسؤوليات، يبالغ في زخرفة نفسه.

٤. التشخيص التفريقي للنوبة الهوسية :

اضطراب الوجدان بسبب عقار (مادة) ، حرض الاضطراب أو حافظ على استمراره ، أو بسبب حالة مرضية عضوية :
تعاطي الأمفيتامينات ، الكحول ، الحشيش ، الكوكائين .
معالجة بالستيروئيدات و ACTH والإيزونيازيد .
الشلل العام (P.G) زهري جهاز العصبي .
فرط إفراز الغدة الدرقية .
بعض الأورام الدماغية .
بعض التداخلات الجراحية على قاعدة البطين الثالث .
يلاحظ في هذه الحالات وجود لوحة سريرية غير نموذجية للهوس مع شيء من الاختلاط الذهني، وظهور أعراض جسمية أخرى.

إذا ما سببت العوامل التالية نوبة هوس فإنها تشخص كنوبة هوس غير عضوية:

المعالجة بمضادات الاكتئاب.

بعد صدمات كهربائية.

بعد علاج ضوئي.

هوس ما بعد الولادة.

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة: قد يوحي عدم الاستقرار وكثرة الحركة بنوبة هوس ولكن المزاج غير مضطرب ولا توجد بداية محددة مثل الهوس.

الشكل الوجداني من الفصام: وجود الأعراض الذهانية أحياناً وسرعة الاستثارة والغضب تجعل التمييز صعباً، والخطأ الأكثر شيوعاً هو تشخيص الاضطرابات الوجدانية على أنها فصام وليس العكس، وينعكس هذا الخطأ خطورةً على مصير المريض والمرض.

إن متابعة تطور اللوحة السريرية لفترة طويلة والاستعانة بالأعراض المميزة إحصائياً وخاصة تواجد تاريخ عائلي لاضطراب وجداني أو لنوبة سابقة شفي منها تماماً تجعل تشخيص الهوس مرجحاً.

ثانياً: العلامات السريرية للاكتئاب :

أكثر الأعراض شيوعاً في بداية الاكتئاب هي الشعور بالتعب والإعياء، صعوبة في التركيز، أرق، الآم جسدية مبعثرة، وذلك قبل ظهور شكوى الحزن والتعاسة.

١-الأعراض النفسية: وهي الرئيسية في الاكتئاب:

مزاج منخفض أو تبرم (قد يكون عند الأطفال والمراهقين سرعة استثارة وغضب) مع شعور بفقدان القدرة على التمتع بمباهج الحياة مع ميل لليأس والانقباض وفقدان الأمل والخوف من الماضي والحاضر والمستقبل، مع تثبيط الهمة ونوبات من التوتر أو البكاء.

تبدل في الفعاليات النفسية – العقلية: تضم ما يلي:

أحياناً حالات من البطاءة النفسية – الحركية:

- بطء في التفكير مع سرحان وشرود وعدم القدرة على التركيز، ضعف سرعة البديهة والاستجابة الانفعالية ، تردد في اتخاذ القرار وفقدان التلقائية ، صعوبة في التذكر أحياناً.

- الإجهاد الكبير عند التفكير في أبسط الأمور واجترار المخاوف والأفكار التشاؤمية والهموم:
  أ. شعور بالذنب والعدوانية وإحساس بتأنيب الضمير، الحط من قيمة الذات واحتقارها مما يغذي فكرة الانتحار.
  ب. توهم العلل البدنية: كثيراً ما يبدأ الاكتئاب بظاهرة الاعتقاد بمرض جسمي قد يصل لدرجة التوهمات.
- بطء وقلة في الكلام وتردد في الإجابة وصوت خافت ووحيد النغمة.
- يصل البطء في الفعاليات النفسية الحركية في حالات الذهول الاكتئابي إلى درجة الجمود والخرس.

أحياناً حالات من الهياج النفسي الحركي:

- عدم الاستقرار في المكان مع نرفزة ونزق وعدم شعور بالراحة مع فرك الأيدي والجلد والثياب.
- ترديد مقولات تعبر عن الشعور بالإثم المفرط تجاه مشاعر قديمة أو حديثة وتحقير الذات قد يترافق بتوهمات.
- شيوع أفكار عن الموت (وليس الخوف من الموت) حيث غالباً ما يعبر المريض بأنه سيصبح أفضل حالاً تحت الأرض مما هو عليه فوق الأرض، قد تتواجد أفكار انتحارية مع أو بدون خطة معينة أو محاولات انتحارية.

إلى جانب أغلب الحالات التي ينسجم فيها السلوك مع الاكتئاب المعبر عنه لفظياً، هناك ما يسمى الاكتئاب المبتسم.

قد يبدأ المرض عند المراهقين على شكل سلبية في السلوك أو تهور سلوكي (تهجم لفظي أو جسدي، مشاكل دراسية، سرقات، إخلال بالآداب العامة).

قد يظهر الاكتئاب لدى المسنين على شكل ضعف ذاكرة بدون سبب عضوي (العته الكاذب P SEUDO-DEMENTIA) مع لامبالاة للمحيط.

قد لا يستبصر المريض بحالته الاكتئابية، ويظهر فقدان المتعة ANHEDONIA أو فقد الاهتمام بشكل ملاحظ من قبل المحيطين بالمريض بسبب إهماله لهواياته المعتادة أو لانسحابه من الحياة الاجتماعية.

عدد قليل من المرضى لا يشكو عفوياً وبشكل مباشر من الاكتئاب ذاته وإنما من مجموعة من الأعراض تسمى (معادلات اكتئابية).

- أعراض مراقية جسمية على شكل وسواس مرضي قهري.

- شعور بالإنهاك العصبي والضعف والتعب.

٢- الأعراض الفيزيولوجية الجسمية:

اضطراب النوم:

تعود أهمية هذا العرض بأنه يدفع المريض لطلب العلاج:

الأرق INSOMNIA: عرض شائع جداً وقد يكون صعوبة في الدخول بالنوم (أرق بدء النوم) أو صعوبة في الاستمرار بالنوم (أرق أوسط النوم) أو استيقاظ باكر جداً، وهذا الشكل الأخير من الأرق يعتبره بعض الباحثين بأنه علامة من علامات الشدة في الاكتئاب كما أنه يوجد ترابط إيجابي بين الأرق والميول الانتحارية.

وبشكل أقل انتشاراً بعض الاكتئابين يعانون من فرط النوم وخاصةً عند المراهقين وبعض الحالات غير النموذجية.

فقدان الشهية للطعام ANOREXIA:

يعاني معظم المرضى الاكتئابين من هبوط أو فقدان الشهية للطعام الذي يؤدي إلى النحول وفقدان واضح للوزن، وهذا ما يقود المرضى أو ذويهم إلى استشارة أطباء الداخلية وخاصة الهضمية، خصوصاً إذا كان العرض يترافق مع بعض التوهمات بالعلل الجسمية.

تظهر الشراهة أحيانا عند عدد قليل من المراهقين وفي حالات اكتئابية غير نموذجية.

العنانة عند الرجل والبرودة الجنسية عند المرأة واضطرابات الطمث (توقف الطمث أو كثرة تردده) هي من الأعراض شائعة الملاحظة.

الإمساك وعسر الهضم وما يسمى تشنج الكولون.

إذن الأعراض الجسمية يمكن أن تتظاهر كاستجابة فيزيولوجية معتدلة لحالة اكتئاب وفي أي جهاز من أجهزة الجسم، أو تكون على شكل انشغال مراقي قد يصل لدرجة التوهمات مع أعراض فيزيائية محددة.

قد يكون العرض الجسدي هو أول ما يقلق المريض ويدفعه لطلب الاستشارة الطبية ، وخاصة عند المسنين (الصداع، المغص، الغثيان، الامساك٠٠ ٠إلخ) وفي حالات عديدة تتركز شكوى المريض الاكتئابي على الأعراض الجسمية ويهمل الأعراض النفسية إلى حد يطلق عليه الاكتئاب المقنع.

٣- الأعراض السلوكية:

المظهر الخارجي: سحنة الوجه حزينة (تقوس الحاجبين، تدلي زاوية الفم، امتعاض الشفتين٠٠٠إلخ)، تقوس الظهر، اليد تسند الرأس أو تفرك الجسم، يهمل الرجل هندامه وحلاقة ذقنه، وتهمل المرأة نظافتها والنظر إلى المرآة.
يهمل عمله ويشعر بعدم القدرة على القيام به. ينزوي مع نفسه ويبتعد عن أصدقائه، ويتكلم بصوت منخفض وحيد النبرة.
تتأرجح الحركة بين الهبوط والخمول والذهول، أو التهيج وعدم الاستقرار أو استطاعة البقاء جالساً مع صراخ أو تنهدات وتبرم خاصة في اكتئاب توقف الطمث.
الانتحار والسلوك الانتحاري: إنهاء الفرد لحياته خاصة في حالات الاكتئاب غير المشخص أو غير المعالج (شنق الذات، إطلاق الرصاص، رمي الذات من علو، فتح أنبوبة الغاز٠٠٠الخ). يترافق الانتحار أحياناً بقتل أحد أعزاء المريض معتقداً تخليصه من عذابات الحياة، يجب النظر إلى كل محاولة انتحارية بأنها محاولة جادة جداً.

ثالثاً: تشخيص نوبة الاكتئاب:

مزاج همودي مستمر يومياً يدوم أسبوعين على الأقل (وربما سرعة استثارة انفعالية في حالة الأطفال والمراهقين)، مع انخفاض الاهتمام أو فقد الاستمتاع في أنشطة عادة مبهجة، مع أعراض جسمية تؤدي إلى تبدل في الأداء الوظيفي السابق. قد يصف الشخص ذاته مشاعر الاكتئاب والحزن واليأس وفقد الهمة وقد ينكرها الشخص وتلاحظ من قبل الآخرين المحيطين به (انسحابه من صداقاته السابقة، إهمال الأنشطة الترفيهية المعتادة التي كان يمارسها في السابق ويستمتع بها).
أربعة على الأقل من الأعراض التالية تستمر لأكثر من أسبوعين:
نقص الاهتمام والاستمتاع بنشاطات هي في العادة مصدر بهجة.
نقص في الفعالية والانفعالية تجاه الأحداث والنشاطات.
استيقاظ في الصباح الباكر (أبكر بساعتين من الوقت المعتاد).
شدة الاكتئاب أكبر في الصباح.
بطاءة أو هياج نفسي - حركي واضحين (يشعر به المريض أو يلاحظه الآخرون).

فقدان الشهية للطعام بشكل واضح، أو نقص ٥ % أو أكثر من الوزن خلال الشهر السابق.
نقص واضح في الرغبة الجنسية.
لم يتواجد في السوابق الشخصية أي أعراض هوسية أو تحت هوسية كافية لتشخيص النوبة الهوسية أو تحت الهوسية.
الاكتئاب هنا ليس له أي صلة باستعمال مواد أو عقاقير وغير ناتج عن اضطراب عضوي ولاتوجد اضطرابات جسمية أولية.

رابعاً: تصنيف نوب الاكتئاب:

١. نوبة الاكتئاب الخفيف:

أ. تواجد السمات العامة لنوبة الاكتئاب.

ب. تواجد اثنان على الأقل من الأعراض التالية:

مزاج اكتئابي أغلب ساعات اليوم وكل يوم تقريباً بدرجة واضحة يستمر على الأقل أسبوعين ولا يتأثر بالظروف المحيطة.
نقص ملحوظ بالاهتمامات أو فقد الاستمتاع بالنشاطات اليومية الممتعة عادةً .
نقص الطاقة وزيادة الشعور بالإجهاد والتعب .

ج. تواجد عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية :

هبوط الثقة بالنفس أو نقص اعتبار الذات .
شعور بعدم القيمة ونقد الذات أو شعور مفرط بالذنب غير متناسب مع الواقع .
أفكار حول الموت أو الانتحار أو أي سلوك انتحاري.
نقص القدرة على التركيز وتردد في اتخاذ القرار (يشكو منها المريض أو يلاحظها الآخرون) .
بطاءة أو هياج في الفعالية النفسية ـ الحركية .
اضطراب النوم بأي شكل.
تبدل في الشهية للطعام (عادة نقص وأحياناً زيادة) مع تبدل مطابق بالوزن.

٢. نوبة الاكتئاب متوسط الشدة:

(أ) + (ب) + أربع أعراض على الأقل من الفقرة (ج).

٣. نوبة الاكتئاب الشديدة (الاكتئاب الجسيم):

نوبة اكتئاب جسيم بدون أعراض نفاسية:
(أ) + (ب) الأعراض الثلاثة موجودة + خمسة على الأقل من (ج) + (د) لايوجد اهلاس أو ذهول اكتئابي.
إذا لوحظت أعراض شديدة مثل الهياج الشديد أو البطاءة الشديدة فإن المريض يصبح غير صالح لوصف تفاصيل الأعراض الأخرى.
نوبة اكتئاب جسيم مع أعراض نفاسية:
كل ما ورد في وصف نوبة الاكتئاب الجسيم عدا الفقرة (د) وبالاضافة إلى:
عدم تواجد اضطراب الفصام ولا اضطراب الفصام الوجداني (نموذج اكتئابي).
تواجد أي عرض ممايلي:
- أوهام أو اهلاسات: (غير الموصوفة في الفصام: هذيانات مستحيلة كلياً أو غير مناسبة ثقافياً أو اهلاسات تحتوي تعليقات مستمرة) والأكثر شيوعاً هنا هي أوهام ذات محتوى اكتئابي مع الشعور بالذنب والمراقية ومرجعية للذات تحقيرية وعدمية واضطهادية. ويمكن أن تكون الأعراض النفاسية ذات محتوى: متوافق مع المزاج (أوهام الذنب والحقارة، أوهام العلل الجسمية، أوهام مصائب على وشك الحدوث، اهلاسات سمعية ساخرة أو تهكمية) ، غير متوافق مع المزاج (أوهام اضطهادية أو مرجعية اهلاس بدون محتوى وجداني).
- ذهول اكتئابي: بطاءة شديدة جداً في الفعاليات النفسية الحركية.

٤-نوبة الاكتئاب المتردد:

تتظاهر بشكل نوبة اكتئاب (خفيفة أو متوسطة أو شديدة) تدوم لمدة أسبوعين على الأقل وتنفصل عن النوبة الاكتئابية السابقة بشهرين على الأقل، ودون أي أعراض مزاجية ذات مغزى بين النوبتين.
لا يتواجد في السوابق أي دلالات لأي نوبة هوسية أو تحت هوسية أو مختلطة.
لا يمكن إرجاع هذه النوبة إلى تعاطي مادة علاجية ولا إلى أي اضطراب عقلي آخر أو أي مرض عضوي.

٥- نوب اكتئابية أخرى:

- تواجد أعراض اكتئابية متموجة، خاصة تلك العائدة للأعراض الجسمية مع أعراض ألم وتعب دائم، لا ترتبط بأسباب عضوية (تشاهد عادةً في أقسام الداخلية في المشفى العام).
- في ذات الوقت لاتتوافق مع مواصفات النوب السابقة.

٦- النوبة الوجدانية المختلطة:

تتصف هذه النوبة باختلاط أوتناوب سريع (خلال ساعات) لأعراض الاكتئاب مع أعراض الهوس أو تحت الهوس. وهذه الأعراض المزاجية تتواجد اغلب ساعات اليوم وطوال فترة لاتقل عن أسبوعين.

الاضطراب واضح ويسبب خللاً في السلوك الاجتماعي أو المهني وقد يستدعي دخول المريض إلى المشفى لمنعه من إيذاء نفسه أو الآخرين وخاصة في حال تواجد أعراض ذهانية.

لا تعود الأعراض لتأثير مباشر لعقار أو لحالة مرضية جسمية (مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية).

خامساً: الاضطرابات المزاجية ثنائية القطب:
BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS

الاضطراب ثنائي القطب، نوبة هوس وحيدة:

- وجود نوبة هوس واحدة ولا يوجد نوبات اكتئاب جسيم سابقة.
- لا تعد نوبة الهوس جزءاً من اضطراب الفصام الوجداني وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامي الشكل أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد في مكان آخر.

الاضطراب ثنائي القطب، النوبة الحالية هوس خفيف:

- الهجمة الحالية تتوافق مع دلالات الهوس الخفيف.
- يوجد في السوابق على الأقل نوبة وحيدة (تحت هوس أو هوس أو مختلطة أو اكتئاب جسيم).
- تسبب الأعراض انزعاج واضح سريرياً أو خللاً اجتماعياً أو مهنياً.
- لا تدخل النوب المزاجية السابقة ضمن إطار الفصام الوجداني وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامي الشكل أو اضطراب توهمي أو أي اضطراب ذهاني غير محدد في مكان آخر.

الاضطراب ثنائي القطب ، النوبة الحالية هوس بدون أعراض نفاسية :

- الهجمة الحالية تتوافق مع دلالات الهوس بدون أعراض نفاسية.
- بقية المعايير كما في الاضطراب السابق.

الاضطراب ثنائي القطب، النوبة الحالية هوس مع أعراض نفاسية:

- الهجمة الحالية تتوافق مع دلالات هوس مع أعراض نفاسية.
- بقية المعايير كما في الاضطراب السابق .

ملاحظة: في الاضطرابات السابقة لابد من تحديد فيما إذا كان هناك (نمط فصلي ، دورات سريعة أم لا، الشدة والهوادة).

الاضطراب ثنائي القطب،النوبة الحالية اكتئاب(بسيط أو متوسط الشدة):

- الهجمة الحالية تتوافق مع دلالات النوبة الاكتئابية متوسطة أو خفيفة الشدة.
- يتواجد في السوابق على الأقل نوبة وحيدة (تحت هوس أو هوس أو مختلطة).
- لا تدخل النوب المزاجية السابقة ضمن اطار الفصام الوجداني وليست طارئة على فصام أو اضطراب فصامي الشكل أو اضطراب توهمي أو اضطراب ذهاني غير محدد في مكان آخر.

ملاحظة: لابد من تحديد فيما إذا كان الشكل السريري مترافق مع تناذر جسماني أو بدون تناذر جسماني.

الاضطراب ثنائي القطب، النوبة الحالية اكتئاب جسيم بدون أعراض نفاسية:

- تتوافق الهجمة الحالية مع دلالات نوبة اكتئاب جسيم بدون أعراض نفاسية.
- بقية المعايير كما في الاضطراب السابق.

الاضطراب ثنائي القطب، النوبة الحالية اكتئاب جسيم مع أعراض نفاسية:

- تتوافق الهجمة الحالية مع دلالات نوبة اكتئاب جسيم مع أعراض نفاسية.
- بقية المعايير كما في الاضطراب السابق.

ملاحظة: لابد من تحديد فيما إذا كانت الأعراض النفاسية متوافقة مع المزاج أو غير متوافقة معه.

الاضطراب ثنائي القطب، النوبة الحالية مختلطة:

- تتوافق الهجمة الحالية مع دلالات نوبة مختلطة.
- يتواجد في السوابق على الأقل نوبة وحيدة (تحت هوس أو هوس أو اكتئاب أو مختلطة).

سادساً: اضطرابات المزاج المستمرة:

١- اضطراب المزاج الدوريCYCLOTHYMIA :

المزاج غير مستقر لمدة لا تقل عن عامين (أو عام واحد في الأطفال والمراهقين) ويشمل عدة أطوار من الاكتئاب والعديد من نوبات تحت الهوس مع أو بدون تداخل أطوار من المزاج العادي (المزاج العادي لا تتجاوز مدته الشهرين) يبدو الشخص مزاجياً (تبدل المزاج من وقت لآخر) غريب الأطوار وليس أهلاً للثقة.

لا يوجد طوال فترة العامين أو في السوابق أي برهان واضح من ناحية الشدة والمدة على وجود نوبة هوس أو نوبة اكتئاب جسيم (فنوبة الهوس في الماضي ستشير إلى اضطراب ثنائي القطب، ونوبة الاكتئاب الجسيم دون نوبة هوس ستشير إلى اضطراب مزاج ثنائي القطب غير محدد في مكان آخر).

لا يشخص الاضطراب الدوري إذا كان طارئاً على اضطراب ذهاني مزمن (مثل الفصام) أو وجد سبب عضوي بدأ اضطراب المزاج به أو جعله يستمر.

خلال طور الاكتئاب تتوفر ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية:

- نقص في الطاقة والنشاط.
- أرق.
- انخفاض الثقة بالنفس أو الشعور بعدم الاستطاعة.
- صعوبة في التركيز.
- انعزال اجتماعي.
- هبوط في الاهتمام والابتهاج بالجنس والنشاطات الممتعة عادة.
- قلة الكلام والحوار.
- تشاؤم تجاه المستقبل أو ندم على الماضي.

خلال طور انبساط المزاج تتوفر ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية:

- فرط نشاط أو زيادة الطاقة.
- انخفاض الحاجة إلى النوم.

- أفكار مشحوذة وغير عادية تصطبغ بالإبداعية.
- ثرثرة وتطاير الأفكار.
- تضخم في اعتبار الذات.
- زيادة الاختلاط بالناس والألفة الاجتماعية.
- زيادة الاهتمام بالجنس والنشاطات المبهجة.
- فرط تفاؤل أو تضخيم الإنجازات في الماضي.

لا يوجد خلل واضح في النشاط المهني والاجتماعي، وقد يكون الشخص أكثر إنتاجا مهنياً واندماجاً اجتماعياً خلال نوبة الهوس الخفيف وقد يحدث الإدمان كعرض مصاحب لمحاولة علاج الذات بالمهدئات والكحوليات والمنشطات، وقد يضطرب النشاط الاجتماعي والمهني خلال فترة الاكتئاب، ولكن بدرجة تقل كثيراً عن ما يحدث في نوبة الاكتئاب الجسيم.

الحدود بين الاضطراب المزاجي ثنائي القطب واضطراب المزاج الدوري غير واضحة، ويعتقد بعض الباحثين أن اضطراب المزاج الدوري هو شكل خفيف من الاضطراب ثنائي القطب.

يبدأ اضطراب المزاج الدوري عادة في المراهقة أو بداية الرشد وتكون البداية غير واضحة والمسار مزمن.

قد يتحول هذا الاضطراب فيما بعد إلى اضطراب ثنائي القطب، بحدوث نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة اكتئاب جسيم.

٢- اضطراب تعكر المزاج DYSTHYMIA :

اضطراب مزاج مزمن يتضمن اكتئاب (أو استثارة سريعة عند الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وفي أغلب الأيام ولمدة لا تقل عن عامين (عام عند الأطفال والمراهقين) وهذا ما يلاحظه الشخص ذاته أو المحيطين به.

لتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تدوم هذه الأعراض لمدة عامين (عام عند الأطفال والمراهقين) ولا تختفي الأعراض خلالها لمدة تزيد عن شهرين.

لم يكن الاكتئاب خلال عامي الاضطراب جزءاً من نوبة اكتئاب جسيم جارٍ أو الذي في هدأة.

اثنان أو أكثر من الأعراض التالية:

- نقص الشهية للطعام أو زيادتها.
- أرق أو زيادة في النوم.

- نقص الطاقة والشعور بالتعب والإجهاد.
- نقص في اعتبار الذات.
- نقص في التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرار.
- الشعور بالعجز.

عدم وجود نوبة هوس خفيف أو نوبة هوس أو نوبة مختلطة، ولاتتفق الأعراض مع سمات اضطراب المزاج الدوري.

الاضطراب ليس طارئاً على مسار ذهان مزمن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالي.

لا ترجع الأعراض إلى تأثير مباشر لمادة أو حالة مرضية عضوية.

تسبب الأعراض إزعاجا سريرياً أو إعاقة اجتماعية أو مهنية. حيث يميل المصابون إلى الشكوى من أكثر من مشكلة صحية ولا تعطيهم النشاطات الاجتماعية والمهنية المتعة والرضى الكافي وهذا ما يوقعهم في مشاكل الطلاق والصرف من العمل والإخفاق الاجتماعي.

٣- اضطرابات مزاج مستمرة أخرى (الاكتئاب العصابي):

مجموعة من اضطرابات المزاج المزمنة غير كافية بمدتها وشدتها للاستجابة لسمات اضطراب المزاج الدوري ولا إلى اضطراب تعكر المزاج، ولكنها مع ذلك ذات وجود سريري. ومنها:

الاكتئاب العصابي الثانوي: مثل الاكتئاب في حالة القمة العصابي أو البدانة، أو القلق، أو الادمان، أو التهاب المفاصل الروماتيزمي.

الاكتئاب العصابي الأولي: الاضطرابات المزاجية لا تعود إلى اضطراب آخر:

- بداية غير واضحة قد تكون قبل سن ٢١ سنة (بداية مبكرة)، وقد تكون بعد سن ٢١ سنة (بداية متأخرة).
- المسار: مزمن.
- يصعب تمييز الاضطرابات من تلك الموصوفة في نوبات الاكتئاب الجسيم لأن الأعراض متشابهة، لكن أداء الشخص المعتاد يقل بصورة ملحوظة في نوبة الاكتئاب الجسيم بينما يبقى أداء الشخص في الاكتئاب العصابي قليل التأثر ويظل كذلك لعدة سنوات.
- عندما يطرأ على الشخص المصاب بالاكتئاب العصابي نوبة اكتئاب جسيم يطلق على التشخيص الاكتئاب المضاعف DOUBLE DEPRESSION وفي هذه الحالة يتم وضع التشخيصين ، لأن

الاكتئاب العصابي سوف يظل بعد تحسن وتراجع نوبة الاكتئاب الجسيم.

- الإعاقة التي يسببها الاكتئاب العصابي طفيفة ، لأنه مزمن ونادراً ما يحتاج المريض لدخول المشفى.
- نظراً لأن هذا الاضطراب مزمن فإن أخطر مضاعفاته هو الإدمان كمحاولة من المريض لمعالجة نفسه بتعاطي المنشطات.
- في حالة الأطفال والمراهقين فإن المرض يؤثر على التفاعل الاجتماعي ويصبحون أكثر خجلاً وسلبية أو عناداً أو غضباً وقد يتأثر إنجازهم الدراسي.

سابعاً: اضطرابات الوجدان الأخرى:

١. اضطراب الوجدان بسبب حالة مرضية جسمية عامة: يحدث في عدد من الأمراض (فقر دم، بعض الأمراض الفيروسية والطفيلية، التصلب العديد، داء كوشينغ٠٠٠ إلخ).
٢. اضطراب الوجدان بتأثير مادة: تحدث الأعراض الوجدانية خلال شهر من تعاطي مادة ما أو سحبها.
٣. اكتئاب ما بعد الذهان: يعتبر هذا الاكتئاب موضوع جدل.

يشبه هذا الاكتئاب الأعراض المتبقية في الفصام أو يكون كتأثير جانبي لاستخدام مضادات الذهان في العلاج، وسماته هي مواصفات نوبة اكتئاب جسيم.

يصعب تمييز هذا الاكتئاب عن اضطراب الفصام الوجداني النوع الاكتئابي.

٤. اضطرابات الوجدان غير المحددة في مكان آخر: وهو غير المتفق مع أي مما سبق وصفه، ومنه:

النوع السوداوي (الميلانخولي) الذي يتحدد بخمسة على الأقل من السمات التالية:

- فقد الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة تقريباً.
- لا يتفاعل مع المثيرات الباعثة على السعادة.
- يكون الاكتئاب على أسوأ ما يمكن في الصباح الباكر.
- ينتاب المريض الأرق في الصباح الباكر (يستيقظ أبكر من موعده بساعتين على الأقل).
- التبلد الحركي أو الفوران أو الهياج.

- نقص الشهية للطعام مع فقد وزن أكثر من ٥ % من وزن الجسم خلال شهر.
- لا يوجد في السوابق اضطراب شخصية قبل نوبة الاكتئاب.
- وجود تاريخ سابق لنوبة أو أكثر من نوبات الاكتئاب الجسيم وقد تم الشفاء منها تماماً.
- استجاب المرض جيداً لنوع معين من العلاجات (مضادات اكتئاب، أو صدمات كهربائية).

علاج الاضطرابات المزاجية:

يجب وضع خطة علاجية تقيم بشكل أساسي درجة خطورة المريض على نفسه (الانتحار) أو على الآخرين (الإيذاء)، وهذا يستلزم أحياناً دخول المريض إلى المشفى لوضعه تحت المشاهدة، والرقابة الطبية المستمرة، ولاعطائه العلاج المناسب وضمان تناوله من قبل المريض.
بعد تحديد مكان العلاج تبدأ المعالجة بتطبيق الوسائل التالية:

أولاً: العلاج البيولوجي (العضوي): ويتضمن العلاج الكيميائي بالعقاقير والعلاج الفيزيائي بالصدمات الكهربائية.

١. علاج نوبة الهوس:
العلاج الأساسي هو مضادات الذهان (مجموعة الفينوتيازينات ومثالها اللارجكتيل بعيارات من ٢٠٠-٦٠٠ ملغ يومياً، مجموعة البوتيروفينون ومثالها الهالوبيريدول بعيارات تتراوح بين ١٠-٣٠ ملغ يومياً). نبدأ أحياناً باستخدام هذه العقاقير عن طريق الحقن العضلي لمدة ثلاثة أيام، ثم عن طريق الفم بعد تحسن المريض. يمكن استعمال المهدئات أو المنومات في المرحلة الأولى ولفترة محدودة أحياناً. يجب مراقبة ظهور الأعراض الجانبية لمضادات الذهان ومعالجتها.
العلاج بأملاح الليثيوم: يعطى الليثيوم منذ بداية العلاج مع مضادات الذهان وذلك لأنه يحتاج إلى خمسة أيام لظهور آثاره العلاجية، على أن تصل الجرعة العلاجية إلى المقدار الذي يحقق تركيز دموي لليثيوم بين ٠,٦-١,٢ M E Q/L . كان يعتبر الليثيوم العقار الوحيد للوقاية من نوبات الذهان الهوسي الاكتئابي. لهذا الدواء

أعراض جانبية أهمها: الغثيان والإسهال ورجفان نهايات الأطراف، وله مضادات استطباب خاصة الأمراض الدرقية والكلوية.
مضادات الاختلاج: لوحظ في العقود الاخيرة أن استعمال الكاربامازبين وفالبروات الصوديوم بجرعات عالية (٦٠٠-١٢٠٠ ملغ يومياً) يفيد في العلاج والوقاية من اضطرابات الهوس الحاد وثنائي القطب.
يمكن استخدام الصدمات الكهربائية في بدء العلاج خاصة في بعض الحالات الهوسية المعندة أو إذا كانت حالة المريض الجسمية تعيق استعمال مضادات الذهان.

٢. علاج الاكتئاب:

يوجد أربع مجموعات من العقاقير المضادة للاكتئاب، ورغم ذلك فإنه في بعض حالات الاكتئاب الشديدة خاصةً المصحوبة بأعراض ذهانية أو بسلوك انتحاري متكرر أو بحالة جسمية للمريض لا تسمح باستخدام العقاقير، يمكن المعالجة بالجلسات الكهربائية.
منشطات أو منبهات الجهاز العصبي: (الأمفيتامينات) لم تعد تستعمل في معالجة الاكتئاب لسببين هما (ظهور مضادات اكتئاب ذات جدوى وفعالية أفضل، إحداثها للإدمان).
مضادات الاكتئاب ثلاثية ورباعية الحلقة: شائعة الاستخدام وتفيد في معالجة حالات الاكتئاب الشديد. تشمل عدة مركبات أهمها:
IMIPRAMINE (TOFRANIL) - AMITRIPTYLINE (TRYPTEZOL) - CLOMIPRAMINE (ANAFRANIL) - MAPROTILINE (LUDIOMIL) MIANSERIN (ATHYMIL)
مثبطات الأنظيم المؤكسد للأمينات الأحادية:

- غير العكوسة: المجموعة الهدرازينية ومثالها PHENELZINE ،والمجموعة غير الهدرازينية ومثالها TRANYLCYPROMINE، ويجب عدم استخدام هذه العقاقير إلا تحت اشراف الطبيب الاختصاصي نظراً لمحاذيرها العديدة بخصوص المشاركة مع أدوية أخرى والامتناع عن العديد من مواد الأكل والشرب.
- عكوسة: تسمح بتجنب مصاعب العقاقير السابقة ومثالها MOCLOBEMIDE (AURORIX) وهو من الأدوية الحديثة جداً.

مضادات الاكتئاب الحديثة:

- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين النوعية: تتصف بالفعالية القوية وقلة الأعراض الجانبية، وعدم تداخلها الكبيرمع عقاقير أخرى، ومناسبتها لحالة المسنين. وأهم مركباتها:

FLUOXETINE (PROZAC) - SERTRALINE (ZOLOFT) - FLUVOXAMINE (FAVERIN)

- مثبطات إعادة التقاط النور أدرينالين والسيروتونين النوعية: وهي أدوية حديثة جداً، منها VENLAFAXINE

ملاحظة:

يدخل في اعتبارات اختيار الدواء المناسب للاكتئاب:الحالة الجسمية للمريض، الاستجابة السابقة للعلاج، المواصفات الكيميائية للاكتئاب .
(الاكتئاب ذو المركبة الأدرينالينية يتميز بفرط النشاط الحركي وعدم الاستقرار والقلق وارتفاع نسبة مستقلبات النور أدرينالين في البول يعالج بالتربتيزول، الاكتئاب ذو المركبة السيروتونينية يتميز بالخمول والكسل و نقص السيروتونين في الصفيحات يعالج بالتوفرانيل).

ثانياً: العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي في حالات الهوس الحاد ذو دور تدعيمي فقط. أما في حالات الاكتئاب فإن العلاج النفسي يكون ضرورة ومنذ بداية الخطة العلاجية بالعقاقير. إن تفريغ الشحنة الانفعالية وخاصةً ذات الصبغة العدائية المتوجهة نحو الذات يمكن أن يخفف من وطأة الأفكار الانتحارية، وكذلك من مشاعر الذنب. حسب المنهج السلوكي والعلاج المعرفي يتم تبديل الفكرة السلبية عن الذات بالنقاش المستمر والملائم لتعديل أفكار المريض عن نفسه وتشجيعه على الاختلاط مع الآخرين تدريجياً بشكل غير إلزامي.

ثالثا: العلاج الاجتماعي:

يتطلب فريق علاجي متكامل (طبيب ومساعدات اجتماعيات وممرضات متدربات) لتخفيف أثر العوامل المقلقة والمزمنة المرتبطة بواقع المريض (السكن والحالة الاقتصادية٠٠ الخ) والتي قد تلعب دوراً تعزيزياً في عزلته وافتقاره للعلاقات الاجتماعية. يعمل هذا الفريق العلاجي على محاولة إحداث تغييرات بيئية مناسبة لتعزيز ثقة المريض بنفسه وبالآخرين.

واجبات العاملين في الصحة على مستوى الرعاية الصحية الأولية:

١. التعرف على اضطرابات المزاج بشكل عام وعند الأطفال والمسنين بشكل خاص.
٢. التعرف على أحد مضادات الذهان وأحد مضادات الاكتئاب والآثار الإيجابية والسلبية لهما والقدرة على استخدامهما.
٣. التعرف على حالات الهوس الشديد والاكتئاب الشديد والاكتئاب المعند على العلاج والاكتئاب المترافق مع حالة ذهول والاكتئاب المترافق مع خطر الانتحار وتحويل هذه الحالات إلى الطبيب النفسي لاتخاذ القرار المناسب بخصوص مكان ونوعية العلاج.
٤. القدرة على متابعة المريض، وتثقيفه وتثقيف ذويه عن طبيعة المرض وعن العقاقير الموصوفة وضرورة استخدامها، وكيفية التعامل مع الشدات، والوقاية من النكس.

البحث الثامن

الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالكرب وجسدية الشكل

الدكتور. محمد أديب العسالي

تمتاز الاضطرابات العصابية بسيطرة القلق على الحالة العقلية وبتأثيره على السلوك بشكل عام .يبدو المريض خائفاً متململاً وغير قادر على الاستقرار في وضعة ثابتة . ويكون التوتر واضحاً على وضعة جسده كما يكون جلده شاحباً مع تعرق اليدين والقدمين والإبط يؤدي التوتر العضلي وفرط فعالية الجملة العصبية الودية إلى تأثر كافة الأجهزة وظهور الأعراض التالية :

- أعراض هضمية :
  - جفاف الفم .
  - صعوبة البلع .
  - انزعاج شرسوفي .
  - تطبل البطن .
  - الإسهال .

- أعراض تنفسية :
  - الشعور بضيق الصدر .
  - صعوبة الشهيق .
  - تسرع التنفس .
- أعراض قلبية وعائية :
  - الخفقان .
  - الإحساس بضياع بعض ضربات القلب .
  - الشعور بألم فوق منطقة القلب .
- أعراض بولية تناسلية :
  - تواتر البيلات .
  - العنانة .
  - انعدام الرغبة الجنسية .
- أعراض عصبية مركزية :
  - الطنين .
  - تشوه الرؤية .
  - الدوخة .
  - الصداع .
- وذلك إضافة إلى الأعراض النفسية للقلق وهي :
  - الشعور بالخوف .
  - الهيوجية irritability.
  - صعوبة التركيز .
  - الشرود .
  - عدم تحمل الضجيج .
  - تبدد الشخصية أو تبدد الواقعية .

كما يضطرب النوم فيصبح الاستغراق بالنوم صعباً بسبب التململ والتفكير بالمخاوف ولاسيما المرضية . وحتى عندما يستغرق المريض بالنوم فإنه قد يستيقظ مرات عديدة وقد يرى أحلاماً مزعجة .

وقد يترافق ذلك بانخفاض المزاج (اكتئاب) أو بأعراض وسواسية . كما قد تختلط الحالة بمتلازمة فرط التهوية hyperventilation التي تنجم عن تسارع التنفس المؤدي إلى انخفاض PaCo2 وارتفاع PH الدم الشرياني .

وتتألف هذه المتلازمة من الزلة التنفسية والخفقان وألم الصدر وحس الاختناق والدوخة والتعرق وتشنج اليد ،ومن الخدر والنمل لاسيما في الوجه والأطراف .

التصنيف :

استعملت قديماً أسماء كثيرة لوصف حالات القلق ، منها العصاب القلبي cardiac neurosis ومتلازمة الجهد effort syndrome والوهن العصبي الدوراني neurocirculatory asthenia. أما أنظمة التصنيف الحديثة فتعتمد على ما إذا كان القلق معمماً أو نوبياً أو نوعياً لمكان ما أو شيء ما . يصنف ICD-10 اضطرابات القلق ضمن مجموعة الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالكرب وجسدية الشكل التي تشمل :

١. اضطرابات القلق الرهابي ، وتشمل :
   - رهاب الساح .
   - الرهاب الاجتماعي .
   - الرهابات النوعية .
٢. اضطرابات القلق الأخرى ،وتشمل :
   - اضطراب الهلع .
   - اضطراب القلق المعمم .
٣. الاضطراب الوسواسي القسري .
٤. التفاعل مع الكرب الشديد ، واضطرابات التأقلم ، وتشمل :
   - تفاعل الكرب الحاد .
   - اضطراب الكرب التالي للرض .
   - اضطرابات التأقلم .
   - الاضطرابات الافتراقية (أو الانشقاقية) .
   - الاضطرابات جسدية الشكل .
   - اضطرابات عصبية أخرى مثل الوهن العصبي .

اضطرابات القلق الرهابي Phobic anexiety disorrders :

وتمتاز بحدوث القلق فقط عند مواجهة شيء أو موقف ما . وتقسم إلى رهاب الساح ،والرهاب الاجتماعي ، والرهابات البسيطة .

رهاب الساح Agoraphobia :

وهو الخوف من التواجد في الأماكن المفتوحة ، حيث يكون الالتجاء إلى مكان آمن صعباً ، أو حيث لا تتوفر المساعدة في حال الإصابة بنوبة هلع . لذلك يفرض المريض على نفسه قيوداً تمنعه من السفر بالسيارة أو الباص ، أو يشترط أن يكون بصحبة أحد عند الخروج من المنزل .
هناك حالات من رهاب الساح لم يسبق فيها الإصابة بنوبة هلع إطلاقاً ورغم ذلك يبقى المريض خائفاً من احتمال إصابته بعرض مرضي ما مثل الدوخة أو السقوط أو انفلات المصرات أو الإقياء أو ألم الصدر .
يصيب رهاب الساح النساء أكثر من الرجال ، ويبدأ عادة في العشرينات أو الثلاثينات من العمر ويستمر عدة سنوات مؤدياً إلى اضطراب الشخصية (الشخصية الاجتنابية) . ويمتاز بالصفات التشخيصية التالية :

- هناك خوف واضح يلاحظ دائماً ، أو تجنب لحالتين على الأقل مما يلي :
  ١. الحشود .
  ٢. الأماكن العامة .
  ٣. السفر وحيداً .
  ٤. السفر بعيداً عن المسكن .
- حدوث اثنين على الأقل من أعراض القلق في الظرف المسبب للخوف والواردة في الجدول ٢،مع كون أحدهما من الأرقام ١-٤ .
- انزعاج عاطفي هام ناجم عن التجنب أو عن أعراض القلق ، والشخص يميز أن ذلك مفرط ولا مبرر له .
- أعراض محصورة أو طاغية في الظرف المسبب للخوف أو بمجرد التفكير في التواجد في ذلك الظرف .
- على أن لا يكون الخوف أو التجنب أو أهلاس أو توهمات أو اضطراب آخر مثل الاضطرابات العضوية أو الفصام أو اضطراب المزاج أو اضطراب الوسواس القسري ، وأن لا يكون ثانوياً لمعتقدات ثقافية .

أعراض تنبه الجملة العصبية المستقلة (الودية) :
١. خفقان أو اشتداد ضربات القلب أو تسرع القلب .
٢. تعرق .

٣. ارتعاش أو رجفة .
٤. جفاف الفم (غير الناجم عن التجفاف أو الأدوية) .

أعراض هضمية وتنفسية :

٥. صعوبة التنفس .
٦. حس غصص .
٧. ألم أو انزعاج صدري .
٨. غثيان أو عدم راحة بالبطن .

أعراض تأثر الحالة العقلية :

٩. حس دوخة أو عدم ثبات أو غشي أو خفة رأس .
١٠. تبدد الواقعية أو تبدد الشخصية .
١١. خوف فقد السيطرة ، أو فقد الوعي .
١٢. خوف الموت .

أعراض عامة :

١٣. هَبّات ساخنة أو قشعريره .
١٤. أحاسيس تنميل ونخر .

الجدول ٢ : أعراض القلق حسب ICD 10.

الرهاب الاجتماعي Social Phobia :

وهو الخوف الدائم من التواجد في موقف يكون فيه الشخص تحت ملاحظة الآخرين . إذ يخشى المريض عندها القيام بفعل مخجل أو مهين . قد يكون هذا الخوف محصوراً بموقف معين كالخطابة أو الأكل مع الآخرين أو الكتابة تحت أنظارهم . أو يكون شاملاً للكثير من المواقف الاجتماعية كالخوف من التفوه بأشياء سخيفة عند مقابلة آخرين أو من عدم التمكن من الإجابة عن أسئلتهم . يصاب الشخص بالقلق عند مجرد التفكير بمثل هذه المواقف ، لذلك يفعل كل ما بوسعه لتجنبها أما إذا كان مجبراً على التواجد في أحد هذه المواقف فإنه يصاب بقلق شديد يسيء إلى أدائه فيعزز لديه التصميم على التجنب في المستقبل . يؤثر هذا السلوك التجنبي عادةً على فعاليات المريض الاجتماعية وعلى أدائه الوظيفي وعلاقاته بالآخرين .

الانتشار والسير :

يبدأ الرهاب الاجتماعي حوالي سن المراهقة ، ويبدو أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ، ويتبع عادةً سيراً مزمناً .وكثيراً ما يلجأ المرضى إلى الكحول والمهدئات لتخفيف قلقهم ، فتضاف مشكلة الإدمان إلى مشاكلهم الأصلية . ويشخص اضطراب الرهاب الاجتماعي عند تحقق الشروط التالية :

١. يجب تواجد واحد مما يلي :
- خوف ملحوظ من التواجد تحت نظر الآخرين ، أو خوف من التصرف بطريقة مخجلة أو محرجة .
- تجنب ملحوظ للتواجد تحت نظر الآخرين ، أو في ظروف يخشى فيها من التصرف بطريقة مخجلة أو محرجة .

تظهر هذه المخاوف في ظروف اجتماعية مثل الأكل أو الخطابة في الأماكن العامة أو مقابلة مشاهير في أماكن عامة أو الانضمام إلى مجموعة صغيرة مثل حفلة أو اجتماع أوصف المدرسة .

٢. على الأقل اثنان من أعراض القلق الواردة في الجدول ٢ مع عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية :
- الارتجاف أو احمرار الوجه .
- خشية الإقياء .
- زحير أو خشية التبول أو التعوظ .

٣. انزعاج انفعالي هام ناجم عن التجنب أو عن أعراض القلق ، والشخص يميز أن ذلك مفرط ولا مبرر له .
٤. أعراض محصورة أو طاغية في الظرف المسبب للخوف أو عند التفكير بالتعرض لهذا الظرف .
٥. على أن لا يكون الخوف أو التجنب نتيجة أهلاس أو توهمات أو اضطراب آخر مثل الاضطرابات العضوية أو الفصام أو اضطراب المزاج أو اضطراب الوسواس القسري وأن لا يكون ثانوياً لمعتقدات ثقافية .

الرهابات النوعية(أو المعزولة)
Specific (isolated) Phobias

وتمتاز بالخوف الدائم منبه خارجي محدد أو نوعي مثل بعض الحيوانات (لاسيما الكلاب والأفاعي والحشرات والفئران) أو رؤية الدم النازف أو

التواجـد فــي مكــان مغلـق (رهــاب الانغــلاق Strophobia) أو مرتفـع (رهاب المرتفعات Acrophobia) أو من السفر بالطائرة .
يـؤدي التعـرض للمنبـه المعنـي إلـى قلـق آنـي شـديد ، مـع الهلـع والتعـرق والخفقــان وعســر التــنفس وبقيــة أعــراض فــرط نشــاط الجملــة الوديــة (باستثناء رهاب الدم الذي يترافق عادة بالغشـي النـاجم عن فرط تنبيه المبهم) . ويكفي توقع مثل هذا التعرض إلى إثارة القلق ، لذلك يتجنب المريض كل ما يمكن أن يجعل هذا التوقع حقيقة .
وعلى الرغم من أن المريض يعرف دائماً أن خوفه غير منطقي ومبالغ فيه ، فهو يتابع سلوكه التجنبي الذي يؤثر سلباً على نشاطه الاجتماعي وعلاقاته بالآخرين .

الانتشار والسير :

تشـاهد الرهابـات البسـيطة عنـد النسـاء عـادة ، وتبـدأ فـي أعمـار مختلفـة .فبينمـا يبـدأ رهـاب الحيوانـات فـي الطفولـة ، يبـدأ رهـاب الـدم فـي سـن المراهقة وتبدأ رهابات الأماكن المرتفعة أو المغلقة في العقد الرابع من العمر . أما بالنسبة للسير ، فإن معظم الرهابات التـي تبـدأ أثنـاء الطفولـة تزول تلقائياً ، في حين تلزم معالجة معظم الرهابات التي تبدأ بعد البلوغ .

التشخيص :

١. يجب توفر واحد مما يلي :

- خوف ملحوظ من شيء أو ظرف غير متضمن في رهاب السـاح أو الرهاب الاجتماعي .
- تجنب ملحوظ لشيء أو لظرف غير متضمن في رهاب السـاح أو الرهاب الاجتماعي .

مـن أشـيع الأشـياء أو الظـروف : الحيوانـات ، الطيـور ، الحشـرات ، المرتفعات الرعد ، الطيران ،الأماكن المغلقة ، رؤية الدم أو الجـرح ، الحقن العضلية ، أطباء الأسنان ، المشافي .

٢. أعراض القلق الواردة في الجدول رقم٢ .
٣. انزعـاج عـاطفي هـام نـاجم عـن التجنـب أو عـن أعـراض القلـق والشخص يميز أن ذلك مفرط لا مبرر له .
٤. أعراض محصورة أو طاغية في الظرف المسبب للخوف أو عند التفكير في التعرض لهذا الظرف .

وتصنف الرهابات النوعية حسب ICD 10 إلى :

- نموذج الحيوانات (مثلاً حشرات أو كلاب) .
- نموذج قوي الطبيعة (الماء ، العواصف) .
- نموذج الدم والحقن والجروح .
- نموذج ظرفي (المصاعد ، الأنفاق) .
- وغيرها ...

اضطراب الهلع Panic Disorder (أو القلق النوبي الاشتدادي Episodic Paroxysmal Anxiety) :

وهو اضطراب شائع يتصف بتكرر نوب الهلع ، وهي نوب من الانزعاج أو الخوف الشديد تبدأ بدون سبب وتستمر لدقائق ، ونادراً لساعات ، وتترافق بالأعراض التالية : زلة تنفسية ، دوخة أو شعور بعدم التوازن ، خفقان أو توسع في القلب ، ارتعاش أو رجفان الجسم ، التعرق ، الشعور بالاختناق ، الغثيان أو الشعور بعدم الراحة في البطن ، تبدد الشخصية أو تبدد الواقعية ، الخدر أو النمل ، الهبات الساخنة أو القشعريرة، ألم الصدر أو حس عدم الراحة فيه ، الخوف من الموت ، الخوف من الجنون أو من القيام بعمل متهور . وتتطور معظم هذه الحالات بحيث يصاب المريض فيما بعد برهاب الساح أيضاً (اضطراب الهلع مع رهاب الساح) . كما يصبح المريض بين النوب عصبياً ومتوتراً ومشغولاً باحتمال تكرار النوبة ، وقد يصاب بالاكتئاب

الانتشار والسير :

يصيب اضطراب الهلع الجنسين بالتساوي ،ويصيب اضطراب الهلع مع رهاب الساح النساء ضعف إصابته للرجال ، وكثيراً ما يكون البدء تالياً لتحطم بعض العلاقات الشخصية الهامة . تبدأ النوبة عادة في أواخر العشرينات من العمر ، وتتكرر يومياً أو عدة مرات أسبوعياً . وقد تتوقف النوب بعد أسابيع أو شهور ، ولكن يغلب أن يستمر تكررها لسنوات عدة تتخللها فترات من الهجوع .

التشخيص :

يشخص اضطراب الهلع حسب ICD 10 عند توفر المعطيات التالية :

١. يعاني المصاب من نوب هلع متكررة ، غير ثابتة الترافق بظرف أو شيء محدد ، وتحدث عادة بشكل عفوي (أي نوب لا يمكن التنبؤ بحدوثها) . لا ترافق نوب الهلع التعرض لظروف خطرة أو مهددة للحياة .
٢. تتصف نوبة الهلع بما يلي :
- نوبة محددة بوضوح من الانزعاج والخوف .
- تبدأ فجأة .
- تبدأ ذروتها خلال بضع دقائق وتستمر لعدة دقائق على الأقل .
- مع أربعة على الأقل من أعراض القلق الواردة في الجدول٢ ، واحد منها على الأقل من بين الأعراض ١-٤ .
٣. غير ناجمة عن مرض عضوي جسدي أو عقلي ،ولا عن اضطراب المزاج أو اضطراب جسدي الشكل .

ويقال حسب ICD 10 أن اضطراب الهلع شديد عند الإصابة بأربع نوب على الأقل كل أسبوع لمدة أربعة أسابيع ، وأن اضطراب الهلع معتدل الشدة عند الإصابة بأربع نوب خلال فترة أربع أسابيع .

التشخيص التفريقي :

يجب تفريق اضطراب الهلع عن العديد من الأمراض الجهازية مثل نقص سكر الدم والفيوكروموسيتوما وفرط نشاط الدرق . كما يجب التفريق عن متلازمات التسمم أو الامتناع عن الأدوية الفعالة نفسياً ولاسيما الكافئين والأمفيتامينات .

اضطراب القلق المعمم Generalized anxiety Disorder :

يمتاز اضطراب القلق المعمم بمخاوف مفرطة أو غير واقعية بخصوص اثنين أو أكثر من ظروف الحياة (مثلاً المادية أو الزوجية أو الوظيفية) . تترافق هذه المخاوف بفرط التنبه والهيوجية وصعوبة النوم والتركيز ، وبأعراض حركية وودية .
تتألف الأعراض الحركية بالشعور بالارتعاش ، وتوتر العضلات المؤلم والتململ وسرعة التعب . وتتألف الأعراض الودية من الخفقان ، والتعرق ، وجفاف الفم ، والدوخة أو خفة الرأس ، والغثيان والإسهال ، والهبات الباردة والساخنة ، والبوال وصعوبة البلع .

الانتشار والسير:

يعتبر اضطراب القلق المعمم اضطراباً غير شائع الحدوث ، يصيب الجنسين بالتساوي ، ويبدأ عادة في العشرينات أو الثلاثينات من العمر . وقد يستمر لسنوات عدة .

التشخيص :

يشخص اضطراب القلق المعمم حسب ICD 10 عند تحقق ما يلي :

١. توتر وهواجس ومشاعر خوف بخصوص مشاكل وحوادث الحياة اليومية ، تستمر لفترة أقلها ستة أشهر .
٢. مع أربعة من الأعراض الواردة في الجدول ٢ أو في الجدول ٣ ، واحد منها على الأقل من بين الأعراض رقم ١-٤ .
٣. الاضطراب لا يحقق الشروط التشخيصية لاضطراب الهلع ، ولا لاضطراب القلق الرهابي ، ولا لاضطراب الوسواس القسري ، ولا للاضطراب المراقي .

أعراض توتر :

١٥. آلام أو أوجاع أو توتر عضلي .
١٦. تململ وعدم المقدرة على الاسترخاء .
١٧. شعور بالتوتر العقلي أو بعدم القدرة على تحمل أو على وشك الانفجار .
١٨. الشعور بكتلة في الحلق أو بصعوبة البلع .

أعراض غير نوعية :

١٩. استجابة مضخمة لأي مفاجئة تافهة أو بكونه starteld
٢٠. صعوبة التركيز ، أو عقل فارغ ، بسبب الهواجس والقلق .
٢١. هيوجة مستمرة .
٢٢. صعوبة بدء النوم بسبب المخاوف .

الجدول ٣ : تتمة أعراض القلق حسب ICD 10

الاضطراب الوسواسي القسري

Obsessive Compulsive Disorder

وهو اضطراب تتكرر فيه الوساوس والأفعال القسرية بشكل شديد يسبب للمريض إزعاجاً ملحوظاً ، أو يستهلك وقته (البطء الوسواسي obsessional slowness) ، أو يؤثر على روتين حياته اليومية أو أدائه الوظيفي أو نشاطاته الاجتماعية أوعلى علاقته بالآخرين . والوساوس الأكثر شيوعاً هي تلك المتعلقة بالعنف (مثلاً أن يقتل المريض ابنه) أو بالتلوث (مثلاً العدوى المنتقلة بالمصافحة) أو بالشك (مثلاً التساؤل المتكرر عما إذا كان المريض قد نفذ فعلاً ما ، مثل إغلاق باب المنزل أو دهس أحد أثناء قيادة السيارة) أما أكثر الأفعال القسرية شيوعاً فهي غسل اليدين والعد والفحص واللمس . تؤدي مقاومة تنفيذ العمل القسري إلى توتر متزايد يزول فور تنفيذ ذلك الفعل

التشخيص :

يشخص الاضطراب الوسواسي القسري عند وجود ما يلي :

١. حدوث وساوس أو أفعال قسرية أو كلاهما في معظم الأيام لفترة زمنية أقصرها أسبوعان .
٢. وساوس (أفكار أو تخيلات) أو أفعال قسرية تتصف بما يلي :

- يعرف المريض أنها تنشأ من عقله ، وأنها ليست مفروضة عليه من أشخاص أو مؤثرات خارجية .
- متكررة وغير سارة ، مع إقرار المريض بأن وسواس واحد أو فعل قسري واحد على الأقل هو مفرط ولا مبرر له .
- يحاول المريض المقاومة ويفشل في مقاومة وسواس أو قسر واحد على الأقل (ولكن قد تضمحل المقاومة في الحالات شديدة الازمان) الخوض في الأفكار الوسواسية ، أو تنفيذ الأعمال القسرية ليس بحد ذاته ممتعاً أو ساراً (يجب تفريق ذلك عن التخفيف العابر للقلق والتوتر) .

٣. تسبب الوساوس والأفعال القسرية الإزعاج وتعطل حياة المريض الاجتماعية وأداءه الفردي ، عادة عن طريق إضاعة الوقت .
٤. ليست ناجمة عن مرض عقلي آخر مثل الفصام واضطرابات المزاج .

الانتشار والسير :

يصيب الاضطراب الوسواسي القسري الجنسين بالتساوي في سن المراهقة أو بداية الكهولة ، ولكن قد يشاهد عند الأطفال أيضاً . وقد اعتقد سابقاً أنه اضطراب نادر الحدوث ، حيث أظهرت دراسات مختلفة أنه قد يصيب ٠,١-٣,٢ من كل ١٠٠٠ مواطن ، ولكن تظهر الدراسات المختلفة أن الأشكال متوسطة الشدة منه ربما كانت شائعة نسبياً . أما السير ، فهو مزمن مع تموج في شدة الأعراض ، وقد تختلط الحالة بالاكتئاب أو بالإدمان على الكحول والمهدئات .

المسببات Aetiology :

هناك الكثير من النظريات النفسية التي تحاول تعليل حدوث الاضطراب الوسواسي القسري ولكن مازالت هذه النظريات دون برهان . أما الدراسات السريرية فتظهر ازدياد تواتر الاضطراب الوسواسي القسري عند أقارب المصابين به ، مما يوحي بدور للوراثة في إمراض هذا الاضطراب . إضافة إلى دلائل توحي بأن الاضطراب الوسواسي القسري ربما كان نتيجة خلل دماغي عضوي ، وأهم هذه الدلائل :

- ازدياد حدوث الأعراض الوسواسية عقب جائحة التهاب الدماغ الوسني .
- كثرة ترافق الأعراض الوسواسية مع العرات tics التي تنجم عادة عن اضطراب في النوى القاعدية .
- فعالية الأدوية الحاصرة لإعادة أخذ السيروتونين في علاج الاضطراب الوسواسي القسري
- النتائج الباهرة للجراحة النفسية في علاج الحالات الشديدة والمعندة من الاضطراب الوسواسي القسري .

التفاعل مع الكرب الشديد ، واضطرابات التأقلم

Reaction to severe stress, and adjustment disorders

يحتوي icd 10 على ثلاثة اضطرابات نفسية لها علاقة بالتعرض للكرب هي تفاعل الكرب الحاد ، واضطراب الكرب التالي للرض ، واضطراب التأقلم .

تفاعل الكرب الحاد Acute Stress Reaction :

يحدث تفاعل الكرب الحاد عقب التعرض لضغوط نفسية أو فيزيائية استثنائية تبدأ الأعراض خلال ساعة واحدة من التعرض لهذه الضغوط ، وتتضمن أربعة أعراض على الأقل من أعراض القلق الواردة في الجدول ٢ أو في الجدول ٣ . واحد منها على الأقل من بين الأعراض من١-٤ ، إضافة إلى الأعراض التالية :

١. الانسحاب من الفعاليات الاجتماعية المعتادة .
٢. تضيق الانتباه .
٣. توهان ظاهري .
٤. غضب وعنف كلامي .
٥. قنوط ويأس .
٦. فرط حركة غير هادف وغير مبرر .
٧. حزن مفرط وغير قابل للضبط (حسب العادات المحلية) .

يجب أن تبدأ الأعراض بالتلاشي خلال ٨ ساعات إذا كان الكرب عابراً أو قابلاً للتخفيف ، أما إذا كان مستمراً فيجب أن تبدأ الأعراض بالتلاشي خلال ٤٨ ساعة . ويشترط لتشخيص تفاعل الكرب الحاد أيضاً أن لا تحدث في سياق أي مرض نفسي آخر ، ولا خلال الأشهر التالية لانتهاء أي اضطراب سلوكي أو عقلي .

اضطراب الكرب التالي للرض Post-Traumatic Stress Disorder:

تتطور الأعراض الوصفية لهذا الاضطراب عقب التعرض لحدث مسبب لرض نفسي تتجاوز شدته ما هو مألوف في التجارب البشرية المعتادة ، أي أنه خارج مجال التجارب الشائعة مثل المرض المزمن أو وفاة شخص عزيز أو الخسارة المالية أو الخلافات الزوجية .

تؤثر الكروب المسببة لهذا الاضطراب في معظم أوكل البشر مثيرة عندهم مشاعر عنيفة من الخوف والرعب والعجز (كما في حالات الكوارث الطبيعية ، أو الاغتصاب ، أو التعذيب ، أو التعرض لحادث مهدد لحياة المريض أو أسرته ، أو مشاهدة حادثة قتل شخص آخر) .

الصورة السريرية :

قد يبدأ هذا الاضطراب في أي عمر ، حيث تبدأ الأعراض فوراً عقب الحادثة الرضية . يعاني المريض من فرط التنبه واليقظة فيصبح سريع التهيج والغضب ، ويضطرب نومه وتركيزه وقدرته على إتمام أعماله ويترافق ذلك إما مع حالة خدر شعوري معمم يبدأ فوراً ويشعر فيه المريض بأنه غريب أو معزول عن الآخرين ، أو مع تكرر عيش الحادثة المسببة للرض النفسي وتجنب كل ما يذكر بها (بما في ذلك الانفعالات والذكريات ، مما قد يؤدي إلى نساوه نفسية المنشأ) . وقد يتكرر عيش هذه الحادثة بطرق مختلفة ، منها الذكرى العنيفة أو الأحلام المزعجة . ونادراً ما تحدث تفاعلات افتراقية تستمر لدقائق أو ساعات أو حتى أيام يتصرف أثناءها المريض وكأنه يعاني من الحادثة الأصلية آنياً .

قد تختلف الصورة السريرية عند الأطفال ، فيبدو الطفل مخبولاً أو أبكماً ، مع أحلام مزعجة تتحول بعد أسابيع إلى كوابيس عنيفة ومهددة للحياة . يخف اهتمام الطفل بهواياته المعتادة ، وقد تتبدل نظرته إلى المستقبل ، كما قد يشكو من أعراض جسدية مثل الصداع ووجع البطن

التشخيص :

يشترط لتشخيص متلازمة الكرب التالي للرض حسب ICD 10 مايلي :

١. يجب أن يكون الشخص قد تعرض لظرف أو حادث مكرب (لفترة قصيرة أو مديدة) له طبيعة كارثية أو خطرة بدرجة استثنائية بحيث تسبب إزعاجاً لأي كان .
٢. تذكر مواصل أو معايشة ، الظرف المكرب بشكل ومضات راجعة تفرض نفسها ، أو ذكريات حية ، أو أحلام معاودة ، أو معاناة الكرب عند التعرض لظروف مماثلة لتلك التي سببته أصلاً .
٣. يجب أن يبدي المريض تجنباً فعلياً أو تفضيلياً للظروف المماثلة لتلك التي سببت الكرب ، على أن لا يكون ذلك موجوداً قبل الكرب
٤. مع أي مما يلي :

- عجز عن تذكر تفاصيل مهمة من فترة التعرض للضغط بشكل تام أو جزئي .
- أعراض مستورة لفرط التنبه والحساسية النفسية (لم تكن موجودة قبل التعرض للرض) تبدو بأي اثنين مما يلي :

- صعوبة بدء أو استمرار النوم .
- هيوجية أو فورات الغضب .
- صعوبة التركيز .
- فرط الحذر والمراقبة للبيئة .
- استجابة مضخمة للمفاجآت .

٥. تبدأ الأعراض خلال ٦ أشهر من الحدث المكرب أو من نهاية فترة الضغط .

اضطرابات التأقلم Adjustment Disorders :

تحدث اضطرابات التأقلم عقب التعرض لرض نفسي محدد ليست له طبيعة كارثية أو غير اعتيادية . تبدأ خلال شهر من الرض النفسي وقد تتضمن أي من الأعراض أو اضطرابات السلوك المشاهدة في اضطرابات المزاج (عدا التوهم والاهلاس) أو في الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالكرب وجسدية الشكل ، أو اضطرابات التصرف ولكن دون تحقيق بقية الشروط التشخيصية لأي من هذه الاضطرابات وتصنف اضطرابات التأقلم حسب الأعراض الطاغية على صورتها السريرية إلى :

١. تفاعل اكتئابي وجيز .
٢. تفاعل اكتئابي مديد .
٣. تفاعل اكتئابي قلقي مختلط .
٤. اضطراب تأقلم مع سيطرة اضطرابات انفعالية أخرى مثل السلوك التقهقري (مثلاً مص الإصبع أو السلس البولي عند الأطفال) .
٥. اضطراب تأقلم مع سيطرة اضطراب التصرف ، أي حدوث سلوك عدواني أو مضاد للمجتمع .
٦. اضطراب تأقلم مع اضطراب مختلط في العواطف والتصرف .

لا تستمر الأعراض أكثر من ٦ أشهر بعد انتهاء الضاغط وعواقبه مع استثناء التفاعل الاكتئابي المديد .

معالجة اضطرابات القلق :

للمعالجة هنا طرق نفسية ودوائية ، وسنكتفي هنا بذكر سريع لأهم هذه الطرق :

١. المعالجة النفسية ، ولها أشكال عديدة :

- المعالجة النفسية الداعمة : وفيها تتم مناقشة الأعراض مع المريض وتوضيح طبيعتها مع تفهم المريض وطمأنته .
- المعالجة السلوكية :

- المعالجة بالاسترخاء (خاصة لنوب الهلع) .
- التدريب على تدبير القلق .
- إزالة التحسس التدريجية (للرهابات) .
- الإغراق (للرهابات) .
- الممارسة المبرمجة (خاصة لرهاب الساح) .
- منع الاستجابة (للأفعال القسرية) .
- إيقاف الأفكار (للوساوس) .

- المعالجة بالتحليل النفسي (هناك من يعتقد بأنها غير مفيدة أو حتى ضارة هنا) .

٢. المعالجة الدوائية : تستعمل في معالجة حالات القلق مجموعتان من الأدوية :

- أدوية تؤثر محيطياً على الجملة العصبية الودية : حاصرات بيتا .
- أدوية حالة القلق ، تؤثر على الجملة العصبية المركزية : وأهمها مشتقات البنزوديازبين ، كما أن لبعض الحالات العصبية وبعض مضادات الاكتئاب تأثيراً مضاداً للقلق .
- مضادات الاكتئاب الحاصرة لإعادة أخذ السيروتونين (مثل الكلوميبرامين والفلواكستين والباروكستين) : قد تفيد في الاضطراب الوسواسي القسري .

٣. الجراحة النفسية : وتستطب في قليل من حالات الاضطراب الوسواسي القسري الشديدة والمعندة على طرق المعالجة الأخرى لسنوات عديدة . أجريت سابقاً عمليات خزع الفص الجبهي أو خزع الفص اللمبي .

أما حالياً فتطبق عليه الفراغية الموجهة في مراكز متخصصة بالجراحة النفسية ، والنتائج الفورية للجراحة باهرة ، حيث تتحسن الأعراض الوسواسية ، وتخف المعاناة والتوتر ، ويتحسن السلوك بشكل عام .

البحث التاسع

الاضطرابات جسدية الشكل
Somatoform Disorder

الدكتور. مازن الخليل

هي مجموعة اضطرابات نفسية تبرز فيها الأعراض الجسدية دون أن يكون لها أي سبب عضوي أو تغير فيزيولوجي يفسرها،ولكن هناك من البراهين ما يدل على ارتباطها بالحالة النفسية.تشمل الاضطرابات التالية :

- اضطراب التجسيد .
- الاضطراب جسدي الشكل غير المميز .
- اضطراب التحول .
- اضطراب الألم جسدي الشكل .
- اضطراب توهم المرض .
- اضطراب تشوه الجسد الوهمي .
- اضطراب جسدي الشكل غير مصنف في مكان آخر .

اضطراب التجسيد Somatization Disorder :

هو اضطراب مزمن من الشكاوى الجسدية المتعددة التي لا يمكن تفسيرها طبياً، ترتبط بالكروب النفسية والاجتماعية، وتكرار هذه الشكاوى يصاحبه البحث عن علاج طبي . كان يسمى هذا الاضطراب متلازمة بريكيه (Briquet’s Syndrome) .

البداية والمسار والإنذار :

يبدأ اضطراب التجسيد غالباً في العقد الثاني من العمر ونادراً في العشرينيات،الأعراض المبكرة لظهوره لدى الفتيات هي أعراض اضطراب الحيض ، ثم يصبح المسار مزمناً ومتموجاً على هيئة فترات من الهوادة والاشتداد ، نادراً ما يتم التحسن التلقائي ونادراً ما يمر عام دون اللجوء إلى العلاج الطبي .كثيراً ما يتعرض لتشخيصات طبية

متعددة ، وأحياناً يتعرض لجراحة غير ضرورية أو يصبح مدمناً لعقاقير نفسية ، وقد يصاب بفترات من الكآبة الشديدة التي قد تصل إلى محاولات الانتحار أو الانتحار فعلا ، لكن لوحظ أن معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى لا تزيد عنها بين عامة الناس .

تشخيص اضطراب التجسيد : يتميز بالآتي :

أ – وجود تاريخ مرضي لشكاوى جسدية متعددة تبدأ قبل سن الثلاثين وتظل لعدة سنوات ويترتب عليها خلل اجتماعي أو وظيفي مع بحث عن علاج طبي .
ب – الأعراض خلال مسار الاضطراب :
أربعة أعراض ألم على الأقل لمناطق أو وظائف مختلفة مثل : الرأس البطن ، الظهر ، المفاصل ، الأطراف ، الصدر ، المستقيم أثناء الدورة الشهرية ، أثناء الجماع ، أثناء التبول .
عرضان للقناة الهضمية : عرض هضمي مرضي واحد على الأقل إضافة للألم في القناة الهضمية مثل : الغثيان، الانتفاخ، القيء غير الذي يحدث أثناء الحمل ، الإسهال أو عدم تحمل أنواع عديدة من الطعام .
عرض جنسي واحد : عرض مرضي جنسي واحد أو تناسلي خلاف الألم مثل : خلل وظيفة الانتصاب أو القذف، عدم انتظام الحيض أو النزف الحيضي الكثير، القيء أثناء الحمل .
عرض عصبي كاذب واحد : عرض عصبي واحد على الأقل مثل : خلل الاتزان ، الشلل أو الخزل الموضعي ، صعوبة البلع، احتباس الصوت ، احتباس البول، الصمم، فقد اللمس،الرؤية المزدوجة أو العمى، التشنجات ، الاضطرابات الانشقاقية مثل النساوة .
ج – يجب أن يتحقق أي من (١) و (٢)
بعد التقصي والفحص الطبي المناسب ،كل الأعراض السابقة (في ب) لا يمكن تفسيرها كحالة طبية عضوية معروفة أو بتأثير تعاطي مادة ما .
عندما توجد حالة طبية عضوية لها علاقة فان الشكاوى الجسدية وما ينتج عنها من إعاقة اجتماعية ووظيفية تزيد عما هو متوقع من تاريخ تلك الحالة و مشاهداتها المخبرية.
د- الأعراض لا تستحدث عن قصد كما في اضطرابات استحداث أعراض جسدية أو تلفق كما في التمارض .

الأعراض المصاحبة :

١ – المبالغة ولفت الانتباه ، مع نقص المعلومات المرضية الحقيقية التي توصل إلى تشخيص ، وإفراط في سرد العلاجات الطبية التي وصفت ، وغالباً يبحثون عن علاجات من أطباء عديدين في نفس الوقت .
٢ – القلق والاكتئاب ونوبات الهلع (Panic) والإدمان .
٣ – سلوك اندفاعي ومضاد للمجتمع وتهديد بالانتحار مع محاولات انتحار وطلاق .
٤ – التعرض لفحوصات عديدة و وسائل تشخيصية مختلفة ودخول مستشفيات وعمليات جراحية .
٥ – قد يشخص لديهم اضطرابات وظيفية مثل متلازمة اضطراب الكولون المتهيج .

التشخيص التفريقي :

١ – يجب على الأخصائي قبل تشخيص هذا الاضطراب استبعاد الاضطرابات ذات الأعراض العابرة وغير المحددة مثل التصلب المتعدد (MS) والذئبة الحمامية (S . L . E) والبورفيرية (Porphyria) وزيادة نشاط الغدد جارات الدرق والأمراض المعدية الجهازية المزمنة .
٢ – الفصام المصاحب مع عديد من الأوهام الجسدية .
٣ – اضطراب الهلع : الأعراض تكون في إطار نوبة الهلع .
٤ – اضطراب التحول : يكون عرضاً واحداً أو أكثر من الأعراض التحولية في غياب صورة اضطراب التجسيد السريرية.
٥- اضطراب استحداث أعراض جسدية : يكون لدى الشخص شعور بأنه يتحكم في إحداث الأعراض .

انتشار اضطراب التجسيد :

يحدث اضطراب التجسيد بنسبة (١ – ٢ %) من كل الإناث و أقل من ذلك بكثير بين الرجال، ويقل انتشاره كلما ارتفع المستوى الاجتماعي ويزداد معدل الانتشار بين الأميين الفقراء، ويبدأ قبل سن الثلاثين. يحدث في بعض الأسر بشكل مطرد حيث لوحظ أن انتشاره بين الإناث أقارب الدرجة الأولى للمرضى بنسبة (١٠ – ٢٠ %)، كما يزداد بين الأقارب من الذكور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والإدمان .

أسباب اضطراب التجسيد :

١ – عوامل بيولوجية : لوحظ أن انتشار الاضطراب في كل من التوائم المتماثلة يصل إلى (٢٩ %) بينما نسبته في التوائم غير المتماثلة (١٠ %) وفي هذا إشارة لدور الجينات الوراثية ، كما أشارت دراسات التبني لدى أبناء الأباء البيولوجيين والمتبنين المصابين باضطراب التجسيد زيادة حدوث اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والإدمان وهذا يؤكد دور العوامل البيئية بجانب العوامل الجينية .

٢ – العوامل البيئية والاجتماعية : النموذج الوالدي والتعلم من الأسرة يوحي للطفل أن يجسد معاناته كما أن الإيذاء البدني للطفل ينمي ميول التجسيد لديه وكذلك عدم الاستقرار الأسري .

٣ – العوامل النفسية : افترض أن مرضى اضطراب التجسيد لديهم خلل مميز انتباهي ومعرفي، ينتج عنه إدراك خاطئ وتقييم غير حقيقي للمداخل الحسية الجسدية.

علاج اضطراب التجسيد :

يلزم هذا المريض علاقة طبية طويلة الأمد مع طبيب واحد لأن تردده على عدد من الأطباء يعطي فرصة لتدخلات علاجية غير لازمة (مثل العمليات الجراحية) .

للعلاج النفسي دور هام حيث يقلل كثيرا من اضطراب التجسيد لديهم ومن دخولهم المستشفيات ، ويساعد المريض على قبول أعراضه والتكيف معها وهذا يزيل الشعور به ويزيله أيضاً بالإضافة إلى مساعدة المريض على حل مشاكله الحقيقية ، ويجب تجنب إعطاء العقاقير

النفسية والمسكنات، لكن إذا وجدت أعراض قلق أو اكتئاب يمكن إعطاء مضادات لها .

الاضطراب جسدي الشكل غير المميز
Undifferentiated Somatoform Disorder

هو اضطراب جسدي الشكل يميزه عديد من الشكاوى الجسدية التي استمرت ستة شهور دون سبب طبي يفسر ذلك ، على أن تحدث هذه الشكاوى بعيدا عن أي مرض نفسي آخر ، ولقد صنف هذا الاضطراب لاستيعاب الحالات التي لا تتفق مواصفاتها مع اضطراب التجسيد ، فقد يوجد عرض واحد مثل صعوبة البلع أو عديد من الأعراض الجسدية مثل الإجهاد ونقص الشهية للطعام ومشاكل الجهاز المعوي .

تشخيص الاضطراب جسدي الشكل غير المميز: يتميز بالآتي:

١- وجود واحد أو أكثر من الشكاوى الجسدية (مثل : الإجهاد ، فقد الشهية شكاوى هضمية أو بولية) .
٢- مع وجود أي من (١) و (٢) :
- بعد التقصي الطبي المناسب لا يمكن تفسير الأعراض تمامًا بواسطة حالة طبية مرضية معروفة ، أو بتأثير تعاطي مادة .
- عندما توجد حالة طبية مرضية فإن الأعراض الجسدية أو الخلل الناتج عنها اجتماعياً أو وظيفيًا يزيد عما هو متوقع من تاريخ تلك الحالة ومشاهداتها المخبرية .

٣- الأعراض تسبب كرباً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً .
٤- مدة الاضطراب لا تقل عن ستة شهور .
٥- الاضطراب لا يعد كجزء من اضطراب نفسي آخر (مثل : اضطراب آخر جسدي الشكل أو خلل الوظيفية الجنسية أو اضطراب الوجدان أو اضطراب القلق أو اضطراب النوم أو اضطراب ذهاني) .
٦- الأعراض لم تستحدث عن قصد كما في اضطراب استحداث أعراض جسدية أو لم تلفق كما في التمارض) .

التشخيص التفريقي :

١ – اضطراب التجسيد : يشخص بوجود عدد لازم من الأعراض المميزة لعدة سنوات والبداية قبل سن الثلاثين .
٢ – اضطراب تأقلم مصحوب بأعراض جسدية : تكون المدة أقل من ستة شهور .
٣ – العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسدية :تكون أعراضها في صورة مرض أو متلازمة تشخص طبياً.

اضطراب التحول Conversion Disorder (هستريا تحويلية) :

يتميز بتغير أو فقدان وظيفة جسدية ناتج عن صراع نفسي أو حاجة نفسية مثل هذه الأعراض الجسدية لا يمكن أن يفسرها مرض طبي معروف أو آلية باثوفسيولوجية ، ومرضى هذا الاضطراب لا يعون الأساس النفسي لأعراضهم و لا يمكنهم التحكم فيها بإرادتهم .
أكثر أعراض اضطراب التحول وضوحاً وتقليديةً تلك التي توحي بمرض عصبي مثل الشلل ، احتباس الصوت ، نوبات التشنج اضطراب التحكم الحركي ، العمى والرؤية الأنبوبية (Tunnel Vision) ، فقد حاسة الشم (Anosmia) ، تبدد الشخصية ، تنميل في جزء من الجسم أو كله ، ونادراً ما تحدث الأعراض التحولية في الجهاز العصبي المستقل أو جهاز الغدد الصم ، قد يحمل العرض صفة الرمزية ، فالقيء كعرض تحولي يمكن أن يمثل رفض وقرف ، والحمل الكاذب (Pseudocyesis) يمكن أن يمثل الرغبة في الحمل والخوف منه معاً .

وتوجد آليتان لتفسير تكون الأعراض التحولية :
الأولى : المكسب الأولي (Primary Gain) :
حيث يحتفظ الشخص بصراعه الداخلي أو حاجته النفسية بعيداً عن دائرة الوعي ، وتوجد علاقة مبدئية بين المثير البيئي الذي له علاقة بالصراع النفسي أو الحاجة النفسية و بدء أو تفاقم العرض (مثل الاستفزاز الذي يحدث صراعا داخليا حول التعبير عن الغضب فيعبر عن هذا الصراع باحتباس الصوت، أو رؤية منظر يثير صراعا يعبر عنه بالعمى الهستيري ، وفي مثل هذه الحالات للعرض دلالة رمزية تمثل حل جزئي للصراع النفسي الكامن) ، أي التخلص من قلق الصراع اللاواعي.
الثانية : المكسب الثانوي (Secondary Gain) :

يتجنب الشخص النشاط المزعج له بالإضافة إلى ما يحصل عليه من مساندة وتعاطف وإشفاق من البيئة المحيطة، مثل الجندي الذي يصاب بالشلل فيتجنب حمل السلاح بالإضافة إلى ما يناله من إشفاق المحيطين واهتمامهم والشخص ذو الميول الاعتمادية قد يحدث له العمى أو عدم القدرة على المشي أو الوقوف (Astasia – Abasia) ليمنع مغادرة شريكة له مع أن كل حركات الرجلين طبيعية .

بداية الاضطراب ومساره وإنذاره :

يبدأ الاضطراب عادة في المراهقة أو بداية الرشد أو منتصف العمر أو حتى العقود الأخيرة من العمر بداية مفاجئة، و المسار عادة قصير والشفاء مفاجئ أيضاً وأحياناً تتكرر النوبات و يصبح المسار مزمناً ، حوالي (٢٥ %) من المرضى يحدث لهم أعراض تحولية أخرى خلال السنوات الخمس التالية وبصفة عامة يوجد عرض واحد خلال نوبة الاضطراب ، وفي النوبات التالية إما أن يكون نفس العرض أو غيره .

الإعاقة والمضاعفات :

لاضطراب التحول تأثير ملحوظ على الأنشطة الحياتية وكثيراً ما يعوقها ، كما أن الفقد الطويل لوظيفة عضو ما قد ينتج عنه مضاعفات حقيقية وخطيرة مثل تقوسات في الأطراف أو ضمور العضلات المشلولة لإهمالها وعدم استعمالها (Disuse Atrophy) خاصة عندما يرتبط بشخصية معتمدة مضطربة فإن العرض التحولي يشجع على نمو الدور المرضي المزمن (Chronic Sick Role) و قد يحدث تشوه أو عجز من جراء الأساليب التشخيصية غير اللازمة .

تشخيص اضطراب التحول :

يشخص بالمواصفات الآتية :

١ – وجود عرض أو أكثر أو قصور يؤثر في الأداء الحركي أو الحسي الذي يوحي بحالة عصبية أو طبية عضوية.

٢ – العوامل النفسية ترتبط بالأعراض أو القصور ، أي أن الأعراض بدأت أو تفاقمت بعد صراع نفسي أو ضغوط .

٣ – العرض أو القصور لا يستحدث عن قصد كما في اضطراب استحداث أعراض جسدية أو يلفق كما في التمارض.

٤ – بعد الاستقصاء الطبي المناسب لا يمكن تفسير العرض كمرض طبي عضوي أو كتأثير لتعاطي مادة ما أ وكسلوك مقبول .

٥ – العرض أو القصور يسبب انزعاجاً مع خلل وظيفي أو اجتماعي .

٦ – العرض أو القصور لا يقتصر على الألم أو خلل الوظيفة الجنسية ولا يمكن اعتباره خلال مسار اضطراب التجسيد ، و لا يمكن اعتباره جزءاً من اضطراب نفسي آخر .

الأعراض المصاحبة :

سمات الشخصية الهستيرية – عدم المبالاة تجاه العرض .

التشخيص التفريقي :

١ – بعض الأمراض الجسدية ذات الأعراض الغامضة و المتعددة مثل التصلب المتناثر (Multiple Sclerosis) أو مرض الذئبة الحمامية الجهازية (Systematic Lupus Erythematosus) وخاصة في المراحل المبكرة من المسار فيخطأ في تشخيصها على أنها اضطراب تحول ، يتم تشخيص اضطراب التحول إذا كانت الأعراض لا تتفق مع مرض جسدي معروف مثل الشكاوى التي يتضح أنها غير متسقة مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي أو وظيفة حركية جيدة لجزء من الجسم مفترض أنه مشلول أو عمى هستيري لدى شخص مع استجابات سوية لحدقة العين (Pupil) كما أن زوال الأعراض خلال الإيحاء أو التنويم المغناطيسي أو الحقن بالأموباربيتال (Amobarbital) يوحي بتشخيص اضطراب التحول و لكن يلاحظ أن التحسن المبدئي بالإيحاء له قيمة تشخيصية ضئيلة لأنه قد يحدث مع مرض عضوي حقيقي .

٢ – الأمراض الجسدية التي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاما مثل تشنج الكولون أو الأزمة الربوية لا يجب تشخيصها اضطراب تحول لأن لهـا آلـيات مرضية محددة ، أو آليات باثوفسيولوجية مسؤولة عن الاضطراب .

٣ – اضطراب التجسيد و نادراً الفصام : حيث لا يشخص اضطراب التحول عندما تعزى الأعراض لأي من هذين الاضطرابين .

٤ – الاضطرابات الجنسية : نظراً لأنه يصعب تحديد ما إذا كان الارتخاء الجنسي لدى الرجال (أو البرود الجنسي لدى الإناث) يمثل تفاعلا فسيولوجيا للقلق أو أنه تعبير مباشر عن الحاجة النفسية أو الصراع النفسي ، بالإضافة إلى وضع كل الاضطرابات الجنسية معا في مجموعة خاصة بها فإن الأعراض التحولية المتضمنة خللاً في الوظيفة الجنسية لا تشخص على أنها اضطراب تحول .

٥ – الألم الجسدي الشكل : يمكن أن يفهم على أنه عرض تحولي و لكن نظراً لاختلاف المسار والعلاج ونتائجه فإنه يوضع كاضطراب منفصل .

٦ – توهم المرض : حيث توجد أعراض جسدية و لكن لا يوجد فقد أو تشوه فعلي لوظائف الجسم .

٧ – اضطراب استحداث أعراض جسدية (Factitious Disorder) تحدث الأعراض فيه عن قصد ويصعب أن تميز نوبات هستيرية من أخرى مستحدثة .

٨ – إدعاء الأعراض : الذي يكون عن قصد و الهدف واضح .

انتشار اضطراب التحول :

تشير الإحصاءات في الدول المتقدمة إلى أن اضطراب التحول حالياً نادراً ، ولكن بعض الدراسات الإحصائية تشير إلى أن معدل حدوث أعراض تحولية في وقت ما من حياة الشخص (Life Time Incidence) يتراوح من (٢٥ %) إلى (٣٣%) و أن انتشار اضطراب التحول بين مرضى المستشفيات العامة الذين يمثلون للعلاج الطبي النفسي أقل كثيراً .

ويكثر اضطراب التحول بين الإناث مرتين إلى خمس مرات عنه بين الذكور ، كما يكثر بين المراهقين والشباب وبين الطبقات الاجتماعية الفقيرة و في المجتمعات الريفية و الأميين ، ولعل هذا يفسر انتشاره

بدرجة ملحوظــة في الدول الفقيرة و دول العالم الثالث التي يكثر فيها الفقر والأمية بالإضافة إلى الكبت .

أسباب اضطراب التحول :

١ – عوامل بيولوجية : يعتقد البعض أن اضطراب التحول له أساس نيوروفسيولوجي في صــورة اضطــراب في يقظة جهازهم العصبي المركزي وافتراض أن أعراضهم تنشأ من فرط اليقظة القشريــة التي تولد تغذية مرتجعة سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي في جـذع الدمــاغ الذي بدوره يثبط النبضات الحسية الحــركية الصاعدة وهكذا يقل الوعــي باحساسات الجسم التي تظهر في بعض مرضى اضطــراب التحول كنقص حسي .
٢ – عوامل نفسية : ترجع النظرية التحليلية اضطراب التحول إلى كبت الصــراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسماني والصــراع يقع بين حفزة غريزيــة (عدوانيــة أو جنسيــة) وبين حرمة التعبير عنها أو منعها وظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئي للرغبة الممنوعة ولكنها (أي الحفزة) تثير الاشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شــعورياً ، أي أن العــرض التحولــي لــه علاقــة رمزيــة بالصراع اللاشعوري كما أن الأعراض التحولية تمكن المريض من نيل اهتمام خاص ومعاملة خاصة، ، وهكذا فان هذه الأعراض تعد وسائل اتصال غير لفظي للسيطرة على المحيطين به ، وتسخيرهم للاهتمام به ، وهذا ما أشرنا إليه كمكسب ثانوي ضمن الآليتيــن الأساسيتين في حدوث اضطراب التحول .

العلاج :

نخبر المريض أنه لا يوجد خلل بجسده و أن العرض سوف يختفي والمدخل المفضل في علاج اضطراب التحول هو العلاج النفســي ، خاصــة العلاج النفسـي التحليلي الذي يهدف إلى استكشاف الديناميات الداخلية وفــهم جوانب الصراع و رمزية العرض وآلية حدوثه ، و هذا مفيد جدا في علاج هذه الحالات بخلاف علاج التنويم ومضادات القلق وتمارين الاسترخــاء ، فإنها جميعا تفيد أحياناً ولكنها قد تزيل العرض مؤقتاً ، وقد يلزم الحقـــن الوريدي لأميتال الصوديوم (Amytal) لأخذ التاريخ المرضي خاصة في حالة الصدمات العاطفية ، وذلــك

لمساعدة المريض على إزالة الكبت وإعادة معايشة الصدمة ويلاحظ أن استمرار العرض لفترة طويلة يثبت العرض ويعود المريض على استمرار تقمص الدور المرضي .

اضطراب الألم جسدي الشكل Somatoform Pain Disorder:

يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسدية مناسبة، تشير إلى عامل عضوي مسؤول عن الألم أو شدته ، وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي، أو يتسق مع التوزيع التشريحي ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (كالذبحة الصدرية أو ألم عرق النسا) ، وليس له آلية باثوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال في صداع التوتر (Tension Headache) الناتج عن تقلص عضلي ، وهذا الانشغال بالألم شديد ومستمر لمدة ستة شهور على الأقل .

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة في بعض الحالات، حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم أو اشتداده والصراع النفسي أو الحاجة النفسية ، وقد تكون العلاقة غير ظاهرة .

ويصاحب هذا الاضطراب تغيرات حسية أو حركية (Paresthesia, Spasm) ويتميز مريض هذا الاضطراب بكثرة زياراته للأطباء للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له (Doctor Shopping) ويسرف في تعاطي المسكنات دون أن تخفف حدة الألم ويطلب إجراء جراحات ، وعادة يرفض عزو الألم إلى عوامل نفسية ، وفي بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذي يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب ، ويكثر في التاريخ المرضي السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول ، وكثيرا ما توجد أعراض الإكتئاب الجسيم .

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يبدأ عند أي سن من الطفولة إلى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه في الثلاثينات والأربعينات ، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عدة أسابيع أو شهور وفي أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات، يأتي بعدها الشخص

للعلاج النفسي ونظراً لأن الاضطراب مزمن والألم مزعج للمريض فإنه كثيراً ما يعوقه عن العمل وكثيراً ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمناً ، أو يلجأ لإجراء عمليات جراحية لا داعي لها .

تشخيص اضطراب الألم جسدي الشكل : يشخص بالآتي :

١ – وجود الألم في واحد أو أكثر من الأماكن التشريحية وهو العرض السائد في الصورة السريرية .
٢ – الألم يسبب انزعاجاً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً .
٣ – العوامل النفسية لها دور هام في بدء وشدة وتفاقم أو استمرار الألم .
٤ – العرض (الألم) لم يستحدث عن قصد كما في اضطراب استحداث أعراض جسدية و لم يلفق كما في التمارض .
٥ – ليس الألم جزءاً من اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الوجدان أو القلق أو اضطراب ذهاني و لا يتفق مع مواصفات ألم ما بعد الجماع .

يصنف الألم إلى الأنواع الآتية :

١. اضطراب الألم المرتبط بعوامل نفسية ، حيث يكون للعوامل النفسية الدور الأعظم في بدء أو شدة أو تفاقم أو استمرار الألم ، ويحدد ما إذا كان حاداً : مدته تقل عن ستة شهور ، أو مزمناً : مدته ستة شهور أو أكثر .
٢. اضطراب الألم المرتبط بكل من عوامل نفسية وحالة مرضية جسدية وهو أيضا حاد أو مزمن .
٣. اضطراب الألم المرتبط بحالة مرضية جسدية وهو لا يعد ضمن الاضطرابات النفسية .

الأعراض المصاحبة :

١ – تغيرات حسية أو حركية .
٢ – كثرة زيارة الأطباء للحصول على مسكنات أو طلب جراحات .
٣ – يرفض عزو الألم لعوامل نفسية .
٤ – قد يكون للألم أهمية رمزية (الذبحة الصدرية لمن مات والده بالقلب ، ألم أسفل الظهر لمن لديه عنانة) .

التشخيص التفريقي :

- المثول الدرامي بألم عضوي : حيث يصعب تمييزه لضآلة المشاهدات السريرية ولكن يوجد سبب عضوي و لا توجد مواصفات الألم النفسي .
- اضطراب التجسيد و الاكتئاب و الفصام فقد يشكو المريض من آلام عديدة ولكن نادراً ما يسود الألم الصورة السريرية .
- في الادعاء يحدث الشخص الأعراض قصداً لتناسب هدفاً واضحاً مثل مدمن الأفيون الذي يشكو ألماً جسمياً ليحصل على الأفيون .
- الألم المرتبط بتقلص العضلات (مثل صداع التوتر : لا يشخص كألم جسدي الشكل بسبب وجود آلية باثوفسيولوجية تفسر الألم) .

انتشار اضطراب الألم جسدي الشكل :

ينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية حيث يعد الألم أكثر الشكاوى المرضية شيوعاً . وتصل نسبته بين الإناث إلى ضعفها لدى الذكور ، وقمة انتشاره في العقد الرابع والخامس ،كما يزداد بين الطبقات الكادحة .

أسباب الألم جسدي الشكل :

عوامل بيولوجية : يمكن لقشرة المخ أن تثبط روافد الألم وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبي الرئيسي في التثبيط ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الاندورفينات (الأفيونات الداخلية) في تعديل الشعور بالألم ويبدو أن نقصها هو المسؤول عن زيادة الألم .
عوامل بيئية واجتماعية : ترى نظرية التعلم أن سلوكيات الألم تتعزز عندما تكافأ وأنها تنطفئ (تثبط) عندما يتم تجاهلها أو عقابها ،

فعندما يتعود الشخص أن شكواه من الألم سوف تعطيه اهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الأنشطة التي يكره مزاولتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه ، ومن ثم فان التربية المحيطة تنمي هـذا الاضطراب أو تمنعه .

عوامل نفسية : ترى المدرسة التحليلية أن للألم معنىً نفسياً تكوّن من خبرات الطفولة فهو طريقة للحصول على الحب أو عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب ، والمريض يستخدم في ذلك حيلاً دفاعية هي النقل والاستبدال والكبت ، وقد يكون للتماهي كحيلة دفاعية دوراً عندما يكون موضوع الحب لدى المريـض (أحد الوالدين) يعاني ألما ويكون لحيلة الترميز دوراً عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير متبلور .

علاج اضطراب الألم جسدي الشكل :

إعطاء مرضى هذا الاضطراب لعقاقير مسكنة لا يكون مفيدا بالإضافة إلى أنه يصبح الشخص مدمنا خاصة أن هـذا الاضطراب مزمناً ، كما أن إعطاء المهدئات ومضادات القلق ليس له ما يبرره بالإضافة إلى أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هي مشكلـة أخرى حيث يحـدث الإدمان ، أما إعطاء مضادات الاكتئاب مـثل الاميتربتيلين (Amitryptiline) ، أو الايمبـرامين (Imipramine) مفيداً حيث تقلل الألم من خلال مفعولها المضاد للاكتئاب أو بواسطة إثارتها للمسارات العصبية المثبطة للألم .

يساعد في تخفيف الألم التغذية الحيوية المرتدة (Biofeedback) وتمارين الاسترخاء ، كما أن التنويم والإيحاء المصاحب له وكذلك الإثارة الجلدية للعصب المقابل تعتبر حيلاً مستخدمة وأحياناً تستخدم جراحة لقطع العصب الناقل للألم،ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الألم مؤقتاً وغالباً ما يعود .

لذا فإن العلاج النفسي يعد هاما في علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهماً ديناميا بالإضافة إلى تدريبه على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة .

أحياناً يلزم وضع هؤلاء المرضى في مستشفيات وفي برنامج للسيطرة على الألم (Pain Control Program) ، حيث يستخدم العلاج المعرفي والسلوكي والجماعي .

اضطراب توهم المرض Hypochondriasis:

هو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضاً خطيراً ، رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود مرض ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتاً رغم التأكيدات الطبية بعدم وجود مرض لديه، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الوهم حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغاً في خوفه من المرض ، أو أنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق ، قد يصل الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو التعرق أو حركة الأمعاء أو الأعراض الجسدية الطفيفة (مثل السعال) إلى حد تفسير الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير قد يشمل المرض عدة أجهزة جسدية وقد يتركز بعضو واحد، كما في حالة عصاب القلب (Cardiac Neurosis) التي فيها يخاف الشخص أو يعتقد أنه مريض بالقلب .
يصاحب هذا الاضطراب بكثرة التردد على الأطباء (Doctor Shopping) وتدهور العلاقة بين الطبيب و المريض ، وإحباط كل من المريض والطبيب ، بالإضافة إلى أعراض القلق والاكتئاب وصفات الشخصية الوسواسية

البداية والمسار الإنذار :

يبدأ اضطراب توهم المرضى في أي سن ولكنه يكثر في العشرينات ويصبح مزمناً مع فترات من الهوادة والاشتداد في ثلثي الحالات ، كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون ويضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية أو العلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض وقد تزداد الإعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش وأحيانا يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ وبالتالي خطأ العلاج .
أما الأطفال الذين يصابون بهذا الاضطراب فيتم شفاءهم تماماً في نهاية المراهقة ، كما أن العلاج النفسي يساعد نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى ، وقد لوحظ أن وجود ملامح قلق أو اكتئاب مع والاقتصادية الجيدة كلها عوامل تنبئ بمصير حسن أيضاً .

تشخيص توهم المرض : يشخص بما يلي :

- الانشغال بمخاوف (أو فكرة) من حدوث مرض خطير بناءً على سوء فهمه للأعراض الجسدية .
- الانشغال يستمر رغم التقييم الطبي المناسب والمطمئن .
- لا يصل الاعتقاد في (١) إلى درجة الوهم (كما في الاضطراب التوهمي النوع الجسدي) ، وليس محصوراً في انشغال حول المظهر الجسدي (كما في اضطراب تشوه الجسد الوهمي) .
- الانشغال يسبب انزعاجاً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً .
- مدة الاضطراب على الأقل ستة شهور .
- الانشغال لا يعد ضمن أعراض اضطراب القلق العام أو الوسواس القهري أو الهلع أو الاكتئاب الجسيم أو قلق الانفصال أو اضطراب آخر جسدي الشكل .

التشخيص التفريقي :

يجب أن يميز توهم المرض عن كل مما يأتي :

مرض جسدي حقيقي : قد تكون بداية مرض جسدي حقيقي غامضة لا يمكن تفسيرها مثل التصلب المتناثر (M . S) أو اضطراب الغدد الصم (الغدة الدرقية أو جارات الدرق) أو مرض يؤثر في أجهزة عديدة من الجسم مثل مرض الذئبة الحمامية الجهازية (S . L . E) ، إلا أن وجود مرض عضوي حقيقي لا يلغي احتمال توهم المرض كمصاحب له .

بعض الاضطرابات الذهانية مثل الفصام والاكتئاب الجسيم المصاحب بأعراض ذهانية: قد توجد فيها أوهام جسدية عن الإصابة بمرض ،لكن نلاحظ أن الاعتقاد في توهم المرض لا يصل إلى درجة الأوهام ، حيث يمكن أن يقتنع الشخص أنه قد لا يكون مريضاً ، وقد يصعب هذا التمييز في بداية الأمر .

في الاضطرابات الذهانية وعسر المزاج واضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب الوسواس القهري واضطراب التجسيد قد توجد انشغالات توهمية مرضية ، لكن نادرا ما يكون الانشغال بالأعراض التوهمية لمدة طويلة في اضطراب التجسيد ويوجد ميل للانشغال بالأعراض أكثر من الخوف من الإصابة بمرض معين ، ولكن قد يشخص الاضطرابان معاً.

انتشار توهم المرض :

في الممارسة الطبية العامة ينتشر توهم المرض بنسبة (٣ ــ ١٤ %) من المرضى ولكن معدل الانتشار بين جموع النــاس غير معروف ، ويستوي الرجال والنساء في توهم المرض ، ويزداد انتشاره خلال العقد الرابع أو الخامس من العمر إلا أنه يصيب جميع الأعمار خاصة المراهقين والشيوخ بعد عمر الستين .

أسباب توهم المرض :

- العوامل البيولوجية : لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلــة والأقارب من الدرجة الأولى ، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني ، كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم عتبــة الألم منخفضــة ، وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كألم في البطن . قد يهئ المرض العضوي الشخص لتوهم المرض بطريقتين الأولى هي التفاعلات التوهميــة المرضية العابرة غالباً تتبع مرضاً خطيراً أو مهدداً للحيــاة (مثل النقاهة بعد احتشاء عضلة القلب) والثانيــة هي توهم المرض الأولي (Primary Hypochondria's) يبدو أنه يرجع لطفولــة بها أمراض عديدة وتواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل .

- العوامل النفسية : ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية فالرغبات العدوانية توجه إلى شكاوى جسدية بعد كبتها وتحويلها بواسطة حيلتــي الكبت والنقل ، وغضب متوهــم المرض يعود إلى احباطــات الطفولة والفقد أثنائها، ويعبر عنه خلال توهم المرض كالتماس مساعدة الناس وجذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك ، ووصفهم بعدم الفاعلية والعجز عن مساعدته ، ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سيء ونقــص اعتبار الذات ، بالإضافة إلى أنه علامة على الانشغال بالذات ،فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتكفير عن أخطاء الماضــي سواء كانت على مستوى الواقع أو مســتوى الخيال .

- العوامل الاجتماعية والثقافية : قد يعتبر الدور المرضي طريقًا للهروب من مشكلات عسيرة الحل في بعض البيئات ، فتؤجل مقاضاته ويلتمس له الأعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به .

علاج اضطراب توهم المرض :

العلاج المفضل لحالات توهم المرض هو العلاج النفسي رغم أن هؤلاء المرضى يقاومون هذا النوع من العلاج وقد يقبلونه لدى الطبيب العضوي ، ويجب أن يوجه لتقليل التوتر وكيفية التعايش مع المرض المزمن ، ويتم في إطار فردي تحليلي أو جماعي .
أما العلاج بالعقاقير فانه لا يفيد إلا في حالة وجود أعراض مصاحبة يتوجه إليها ، مثل (القلق أو الاكتئاب) وعندما يكون توهم المرض ثانوياً لاضطراب نفسي أخر يجب علاج هذا الاضطراب .

اضطراب تشوه الجسد الوهمي
Body Dysmorphic Disorder

يتميز بالانشغال بتشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر . وأكثر أنواع الشكاوى شيوعا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد ، أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه ، ونادراً ما تكون الشكوى من شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى ، في بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديداً .

في الماضي كان يسمى هذا الاضطراب (رهاب تشوه الشكل الجسدي Dysmorphophobia) ولكن نظراً لأنه لا يشمل تجنباً رهابياً اعتبرت هذه التسمية خاطئة. الحالات التي يصل الاقتناع بالتشوه فيها إلى درجة الوهم يفضل تسميتها بالاضطراب التوهمي النوع الجسدي (Delusional Disorder Somatic Type) .

أهم الأعراض المصاحبة هي الزيارات المتكررة لجراحي التجميل وأخصائي الأمراض الجلدية كمحاولات لتصحيح التشوه بالإضافة إلى

أعـراض إكتئابيــة وسـمات الشخصــية الوسواسـية وتجنــب المواقـف الاجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه المتخيل .

البداية والمسار والمضاعفات :

يبدأ الاضطراب في المراهقة أو العشرينات أو الثلاثينات من العمر ويظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض المريض نفسه على طبيب وقد ينشأ عنه إعاقة اجتماعية ووظيفية ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحية تجميلية لا داعي لها .

التشخيص :

يشخص بالآتي :

الانشـغال بخلـل متصـور فـي المظهـر ، وإذا وجـد شـذوذ جسـدي طفيف يكون انشغال الشخص به مفرطاً .

الانشغال يسبب انزعاج أو خلل اجتماعي أو وظيفي .

الانشـغال لا يدخل ضمن اضطراب نفسي آخر (مثل عدم الرضـا عن شكل الجسد وحجمه في القهم العصابي) .

الأعراض المصاحبة :

- الزيارات المتكررة لجراحي التجميل وأطباء الجلد .
- أعراض إكتئابية وسمات شخصية وسواسية .
- تجنب للمواقف الاجتماعية بسبب التشوه الوهمي .

التشخيص التفريقي :

١. الانشغال الطبيعي بالتشوهات في المظهر التي تحدث في المراهقة مثل حب الشباب (Acne) .
٢. نوبات الاكتئاب الجسيم واضطراب الشخصيــة التجنبية والرهاب الاجتماعي . فالشخص في هذه الاضطرابات قد يضخم تشوهاتــه في المظهر ، ولكنه ليس العرض السائد في الاضطراب .
٣. الاضطراب التوهمي النوع الجسدي : الاقتنـاع بالتشوه يصل إلـى درجة الوهم .

انتشار وسبب الاضطراب :

يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ويفسر ديناميأ بأنه يوجد معنى لا شعوري يضخم الجزء المتصور وجود تشوه به، وإن الاضطراب يتضمن حيلا دفاعية هامة هي الكبت والانشقاق والتشويه والترميز والإسقاط .

علاج الاضطراب :

هؤلاء المرضى يرفضون العلاج النفسي برغم معاناتهم الشديدة ويصرون على إجراء جراحات تجميلية ومن هنا دور جراح التجميل في تشخيص هذه الحالات ،ويمكن إعطاء هؤلاء المرضى بمساعدة الطبيب النفسي عقاقير مثل (بيموزيد : Pimozide) الذي له فعالية في تقليل الأعراض ، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طويلة .

الاضطراب جسدي الشكل غير المصنف في مكان آخر
Somatoform Dis . Not Otherwise Specified

وهو اضطراب يشمل الأعراض جسدية الشكل التي لا تتفق مع مواصفات أي من الاضطرابات جسدية الشكل المحددة (النوعية) أو اضطراب التأقلم المصحوب بشكاوى جسدية . وتشمل :

١ – الحمل الكاذب (Pseudocyesis) وهو اعتقاد كاذب بوجود حمل، مع إحساس ذاتي بحركة الجنين ، مع أعراض الغثيان وثقل الثديين وآلام الولادة في التاريخ المتوقع ، قد توجد تفسيرات هرمونية ولكن لا يمكن تفسير المتلازمة ككل بواسطة حالة طبية عامة تسبب التغيرات الهرمونية (مثل ورم يفرز هرمونات) .

٢ – اضطراب غير ذهاني يشمل أعراض توهمية مرضية لمدة تقل عن ستة شهور .

٣ – اضطراب يشمل شكاوى جسدية غير مفسرة (مثل الإجهاد أو الضعف الجسدي) لمدة تقل عن ستة شهور ولا تعود لسبب نفسي آخر .

البحث العاشر

الاضطرابات الانشقاقية
Dissociative Disorders

الدكتور. مازن الخليل

هي مجموعة من المتلازمات التي تتميز بتغير في التكامل السوي لوظائف الوعي أو الهوية أو السلوك الحركي أو الذاكرة وقد يكون التغير مفاجئاً أو متدرجاً، وعابراً أو مزمناً،إذا حدث في الهوية فان هوية الشخص المعتادة تنسى مبدئياً ويتخذ هوية جديدة (اضطراب تعدد الشخصية) ، إذا حدث فقد الشعور المعتاد لواقع الشخص واستبدل بشعور عدم الواقعية (اضطراب تبدد الشخصية) ، إذا حدث اضطراب في الذاكرة بحيث لا يمكن استدعاء أحداثا شخصية (النساوة النفسية والشراد النفسي) .لقد كانت هذه المجموعة في الماضي تعرف باسم الهستيريا الانشقاقية وتشمل حاليا الاضطرابات الآتية :

١ – النساوة الانشقاقية (النفسية) .
٢ – الشراد الانشقاقي (النفسي) .
٣ – اضطراب الهوية الانشقاقي (تعدد الشخصية) .
٤ –تبدد الشخصية.
٥ – الاضطراب الانشقاقي غير المحدد في مكان آخر .

النساوة الانشقاقية (النفسية)
Dissociative Amnesia (Psychogenic)

يتميز اضطراب النساوة النفسية بعدم قدرة مفاجئة على استدعاء معلومات شخصية هامة بدون سبب عضوي، وتحدث النساوة خللاً كبيراً لدرجة لا يمكن فهمه في إطار النسيان الطبيعي ، ولا يحدث سفر لمكان آخر واتخاذ هوية جديدة كما في الشراد النفسي وليست النساوة عرضاً ضمن اضطراب الهوية الانشقاقي .

أنواع اضطراب النساوة الانشقاقية (النفسية) :

١ – نساوة لفترة محدودة (Circumscribed Amnesia) :هي أكثر الأنواع شيوعاً حيث يحدث فشل في استدعاء كل الأحداث التي حدثت خلال فترة معينة من الزمن ، وهي عادة ساعات قليلة تتبع حادثاً مزعجاً جداً مثل شخص نجا من حادث سيارة كان يستقلها مع أسرته بينما هلك جميع أفراد أسرته في الحادث ، قد يصبح غير قادر على تذكر ما حدث من وقت الحادث وحتى يومان بعدها .

٢ – نساوة انتقائية (Selective Amnesia) : حيث يكون الفشل في استدعاء بعض الأحداث التي وقعت خلال فترة معينة من الزمن مع تذكر بعضها .

٣ – نساوة كاملة (Generalized) : هي أقل الأنواع انتشاراً حيث يفشل الشخص في استدعاء كل ما يتعلق بحياته .

٤ – نساوة مستمرة (Continous) : فيها لا يستطيع الشخص استدعاء الأحداث التالية لوقت معين بما في ذلك الوقت الحاضر .

يلاحظ خلال نوبة النساوة الارتباك واضطراب الاهتداء والجدال غير الهادف لدى المريض ، وعندما تكون فترة النساوة لأحداث في الماضي فان الشخص عادة يعي اختلال الاستدعاء لديه.

بداية ومسار الاضطراب وإنذاره :

يلاحظ اضطراب النساوة النفسية في المراهقة غالبا وبداية الرشد ونادراً ما يبدأ في كبار السن، وبدايته مفاجئة، وكذلك الشفاء منه ، ولكن مع انتكاسات قليلة في بعض الحالات، خاصة إذا وجد مكسباً ثانوياً فإن الحالة قد تظل لوقت طويل ، ومن المهم استرجاع الذكريات المفقودة لدائرة الشعور بسرعة ما أمكن، وإلا فان الذكريات المكبوتة سوف تكون نواة في اللاشعور لإنتاج نوبات نساوة مستقبلاً ،والإعاقة التي تنشأ عن النساوة متفاوتة من الخفيفة إلى الشديدة طبقاً لمدة النوبة وأهمية الأحداث المنسية بالنسبة لوظيفة الشخص وعلاقاته الاجتماعية ولكن نظراً لأن الشفاء سريع في أغلب الحالات فإن الإعاقة عادة طفيفة .

تشخيص النساوة الانشقاقية : وتميز تشخيصياً بالسمات الآتية :

١ – حدوث نوبة أو أكثر من عدم القدرة على تذكر معلومات شخصية هامة بصورة هامة ومتسعة بحيث لا يمكن تفسيرها كنسيان معتاد .
٢ – الاضطراب لا يحدث خلال مسار اضطراب الهوية الانشقاقي ، أو الشراد الانشقاقي ، أو اضطراب الشدة التالي لحادث ، أو اضطراب الشدة الحاد ، أو اضطراب جسدي الشكل ،وليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أوحاله مرضية جسدية .
٣ – الأعراض تسبب انزعاجا هاماً أو خللاً في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي .

التشخيص التفريقي :

١ – اضطراب عقلي معرفي تكون النساوة للأحداث القريبة أكثر من الأحداث البعيدة وليس سببها التعرض لصدمة نفسية ، علاوة على نقص الانتباه واضطرابات الوجدان التي غالباً ما تكون مصاحبة له .
٢ – الانسمام بمادة : يصاحبه فشل في استدعاء الأحداث التي وقعت خلال فترة الانسمام ، ولكن تعاطي المادة والفشل في عودة كاملة للذاكرة يميزه عن النساوة الانشقاقية .
٣ – اضطراب النساوة الكحولية (Alcohol Amnestic Disorder) : تختل فيه الذاكرة القريبة وهذا النوع من النساوة لا يحدث في النساوة النفسية بالإضافة إلى تبلد الوجدان واختلاق الأحداث ونقص الوعي بخلل الذاكرة .
٤ – النساوة التابعة لارتجاج المخ (Post Concussion Amnesia) : عادة اضطراب الاستدعاء يكون محدوداً بفترة (Circumscribed) وغالباً النساوة راجعة (Retrograde) إلى الوراء ، شاملة الفترة الزمنية التي سبقت إصابة الرأس ، بينما في النساوة النفسية يكون اضطراب الاستدعاء غالباً متقدم (Antrograde) ؛ ويمكن أن نميز النساوة الراجعة التي تتبع إصابة الرأس من الحالات النادرة من النساوة النفسية الراجعة باستخدام التنويم أو الفحص تحت تأثير حقن الأميتال ، كما أن التحسن الفجائي للذكريات المفقودة يشير إلى الأساس النفسي للاضطراب .
٥ – الصرع : خلل الذاكرة يبدأ فجأة ويصاحبه شذوذات حركية أثناء النوبة ويشير تخطيط الدماغ الكهربائي إلى شذوذات كهربائية .

٦ – الذهول الكتاتوني : قد يوحي الصمات بنساوة نفسية ولكن فشل الاستدعاء غير موجود، وعادة توجد الأعراض الكتاتونية مثل التصلب والوضعة والسلبية .
٧ – الادعاء (التمارض) : يصعب تمييزه من النساوة النفسية ولكن التنويم وحقن الأميتال قد تفيد في التمييز .

انتشار النساوة النفسية :

تعد النساوة النفسية أكثر الاضطرابات الانشقاقية انتشاراً ويزداد انتشارها أثناء الكوارث الطبيعية والحروب ويكثر انتشارها في فترة المراهقة وخاصة بين الإناث .

الأسباب :

تحدث نوبات النساوة الانشقاقية تلقائياً ولكن التاريخ المفصل الدقيق يكشف عن صدمات عاطفية مرسبة مثل الكوارث الطبيعية ، وقد تعمل نزعة (حب أو عدوان) لا يستطيع المريض التعامل معها كعامل مرسب ، وأحياناً تترسب بصدمة خفيفة للرأس ،كما يمكن أن ترسبها النوبات المحدثة كهربائياً .
ديناميا ينشق وعي المريض كطريقة للتعامل مع الصراع الانفعالي ويصاحب ذلك كبت النزعات المزعجة في دائرة اللاشعوري ثم إنكارها .

علاج اضطراب النساوة الانشقاقية :

الحقن الوريدي للأميتال في جلسات تفريغ نفسي قد يفيد المريض في استعادة الذاكرة، والتنويم قد يفعل نفس الشيء وبمجرد رجوع الذاكرة يتم إجراء علاج نفسي لمساعدة المريض على التعامل مع انفعالاته المنشقة .

اضطراب الشراد الانشقاقي (النفسي)
Dissociative Fugue (Psychogenic Fugue)

يسافر الشخص فجأة بشكل غير توقع إلى مكان بعيد عن البيت أو مكان العمل المعتاد مع اتخاذ هوية جديدة ، وعدم تذكر هويته السابقة، وقد يصاحب ذلك ارتباك واضطراب الاهتداء (Disorientation) ، وبعد شفائه لا يذكر الأحداث التي وقعت خلال فترة الشراد وليس لذلك سبب عضوي .
في بعض الحالات قد يتميز الاضطراب باتخاذ هوية جديدة كاملة أثناء الشراد وعادة أكثر اجتماعية من الشخصية السابقة التي تكون عادة هادئة ، وفي مثل هذه الأحوال قد يعطي الشخص نفسه اسماً جديداً ويتخذ عنواناً جديداً وينخرط في نشاطات اجتماعية معقدة ومتكاملة ولا توحي بمرض عقلي أو نفسي . وفي أغلب الحالات يكون الشراد غير واضح ، حيث يتكون من سفر قصير ويبدو هادفاً ظاهرياً وتقل الاتصالات الاجتماعية في هذه الحالات وتكون الهوية الجديدة غير مكتملة وأحياناً توجد نوبات من العنف ضد ممتلكات شخص آخر ، ونلاحظ أن كل حالات الشراد يسافر فيها الشخص ويبدو أكثر هادفية في سلوكه من الجوال المتغيم الذي قد يحدث في النساوة الانشقاقية .

بداية ومسار الاضطراب ومضاعفاته :

يحدث الشراد النفسي في أي سن وعادة قصير المدة من ساعات إلى أيام ولكن قد يظل الشراد لعدة شهور ، وقد يمتد السفر إلى آلاف الأميال والشفاء عادة تلقائي وسريع ونادراً ما يتكرر حدوثه . ويسبب الاضطراب إعاقة متفاوتة الدرجة طبقاً لطول مدة الشراد وما ينشأ عن ذلك من انهيار علاقاته الاجتماعية أو حدوث سلوك عدواني يترتب عليه إدانة قانونية .

تشخيص الشراد الانشقاقي : يتميز تشخيصياً بالسمات الآتية :

- سفر الشخص المفاجئ لمكان بعيد عن بيته أو مكانه المعتاد ، مع عدم قدرته على تذكر ماضيه .
- تغيم (غموض) حول ما يتعلق بهوية الشخص أو اتخاذ هوية جديدة (كلياً أو جزئياً) .

- الاضطراب لا يحدث خلال مسار اضطراب الهوية الانشقاقي ، وليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة أو بسبب حالة مرضية جسمانية (مثل صرع الفص الصدغي) .
- الأعراض تسبب انزعاجا هاماً أو خللاً في الأداء الوظيفي أو الاجتماعي .

التشخيص التفريقي :

١ – اضطراب تعدد الشخصية : توجد فيه انتقالات مميزة للهوية متكررة وليس محدوداً بنوبة واحدة كما في الشراد الانشقاقي .
٢ – النساوة النفسية : فشل مفاجئ في استدعاء أحداث شخصية هامة تشمل بيانات هوية الشخص ولكن لا يوجد فيها سفر هادف واتخاذ هوية جديدة جزئية أو كلية .
٣ – الصرع النفسي الحركي : الناشئ عن اضطراب وظيفة الفص الصدغي ولا يوجد فيه اتخاذ هوية جديدة ولا يظهر عليه انشراح وجداني وليس هناك ضاغط يرسب ظهوره (سبب مرسب) .
٤ - التمارض : يتم تمييزه بواسطة التنويم أو في جلسات تفريغ للشحنة النفسية تحت تأثير حقن الأميتال برغم أن بعض الناس يستمرون في الادعاء وهم تحت التنويم .

انتشار الشراد النفسي :

يعد اضطراباً نادراً ولكنه شائع في أوقات الحروب والكوارث الطبيعية أو الأزمات الشخصية المصاحبة بصراع داخلي حاد .

الأسباب :

السبب الأساسي في هذا الاضطراب نفسي حيث أن رغبة الشخص الداخلية في الانسحاب من الخبرات العاطفية المؤلمة تهيئ للاضطراب وهناك بعض أنواع الشخصية المضطربة التي تعد مهيئة لهذا الاضطراب (وهي الشخصيات الحدية والهستيرية والفصامانية) كما أن تعاطي الكحول بكثرة يهيئ لحدوث هذا الاضطراب .

العلاج :

عادة تكفي المساندة والرعاية لمثل هذا المريض حتى يشفى تلقائياً، ولكن في الحالات التي يظل فيها الشراد مدة طويلة يلزم علاج نفسي لتيسير عملية استعادة الذاكرة للهوية السابقة، ويمكن استخدام التنويم أو حقن الأميتال للمساعدة في ذلك .

اضطراب الهوية الانشقاقي (تعدد الشخصية)
Dissociative Identity Disorder

يتميز اضطراب تعدد الشخصية بوجود اثنتان أو أكثر من الشخصيات المنفصلة الواضحة والتي تحدد كل منها بسلوكيات ومواقف واتجاهات خاصة عندما تكون مسيطرة .
تعرف الشخصية هنا على أنها نمط ثابت نسبيا من الاستقبال والتفكير والتعامل مع النفس والبيئة التي تظهر في إطار متسع من المواقف الاجتماعية والشخصية ، وهناك حالات للشخصية تختلف فقط في مدى اتساع الإطار الاجتماعي والشخصي .

الصورة السريرية :

في الحالات التقليدية لاضطراب تعدد الشخصية يوجد على الأقل شخصيتان كاملتان وأحياناً توجد شخصية واحدة منفصلة وحالة واحدة أو أكثر من حالات الشخصية . في الحالات التقليدية يكون لكل من الشخصيات وحالات الشخصية ذكريات منفردة وأنماط سلوكية وعلاقات اجتماعية مميزة ، وفي حالات أخرى قد يوجد درجات متفاوتة من الذكريات المشتركة والسمات السلوكية العامة أو العلاقات الاجتماعية وتندر الحالات التقليدية التي لها شخصيتان أو أكثر لدى الأطفال والمراهقين عنها لدى البالغين ، ويتفاوت عدد الشخصيات أو حالاتها لدى البالغين من اثنتان إلى أكثر من مائة في الحالات بالغة التعقيد .

ويتم الانتقال عادة من شخصية لأخرى فجأة (خلال ثواني إلى دقائق) ولكن نادراً ما يكون الانتقال تدريجياً على مدى ساعات أو أيام ، ويحفز الانتقال بواسطة ضغط نفسي اجتماعي ، وقد يحدث الانتقال لوجود صراعات بين الشخصيات ، أو تحت تأثير التنويم أو الفحص أو بتأثير الحقن بأموباربيتال الصوديوم . وغالباً تعي الشخصيات بعضها البعض أو كلها إلى درجات متفاوتة وقد تخبر الآخرين كأصدقاء أو رفاق أو

كأشخاص غير مرغوبين (مكروهين) وفي لحظة ما فإن شخصية واحدة هي التي تتعامل مع العالم الخارجي .. والشخصية التي تمثل للعلاج غالباً لديها قليل من المعرفة عن الشخصيات الأخرى .

أغلب الشخصيات تكون واعية بفترات من الفقد الزمني أو تشوهات في خبرتهن بالوقت ، فعلى سبيل المثال قد يصبح الشخص واعياً بفترات من النساوة أو فترات من التغيم في الإحساس بالوقت ،وقد تناقض كل شخصية الأخرى من حيث الاتجاهات والسلوك وتصور الذات ، على سبيل المثال العانس الخجول قد تتحول في الشخصية الأخرى إلى داعرة فاضحة التصرفات .

الأعراض المصاحبة لاضطراب الهوية الانشقاقي :

قد تتصرف شخصية أو أكثر من الشخصيات بدرجة مقبولة من التكيف بينما التغير في شخصية أخرى قد يكون واضحاً لدرجة الاضطراب الوظيفي أو لديها اضطراب عقلي محدد ، مثل اضطراب الوجدان أو القلق وغالباً لا يكون واضحاً ما إذا كان هذا يمثل اضطراباً مصاحباً أو أنها أعراض مصاحبة لاضطراب الهوية الانشقاقي .
لقد لوحظ من بعض الدراسات أن الشخصيات المختلفة داخل الشخص قد تختلف في الصفات الفسيولوجية والاستجابات المختلفة للاختبارات النفسية ، ويستجيبون استجابات مختلفة لنفس العلاج ، ويختلف مستوى الذكاء في كل منها وقد يقرر واحد أو أكثر من الشخصيات أنه من الجنس المقابل أومن جنسية مختلفة أوفي عمر مختلف أو من عائلة مختلفة ، وكل شخصية تظهر من التصرفات والسلوكيات ما يناسب السن المقرر لها ، وقد تقرر شخصية أو أكثر أنها تسمع لواحدة أو أكثر من الشخصيات الأخرى ، أو أنها تحدثت إليها أو اندمجت معها في نشاط (يجب تمييز هذه الأصوات والأنشطة عن الاهلاسات و الأوهام) وعادة يكون لكل شخصية اسم مختلف عن الاسم الأصلي وأحيانا يكون الاختلاف في الاسم الأول والأخير للشخص .

بداية ومسار الاضطراب وإنذاره :

يبدأ اضطراب تعدد الشخصية أحياناً في الطفولة ويميل الاضطراب لأن يصبح مزمناً ، وعادة لا يمثل المريض للعلاج إلا متأخرا وقد تمارس

إحـدى الشخصـيات وظيفتهـا بصـورة مناسـبة نسـبياً ، بينمـا تكـون أدوار الشخصيات الأخرى هامشية ويتفاوت مستوى الإعاقة من متوسطة إلـى شديدة طبقاً لعدد الشخصيات ونوعها .

ومـن مضـاعفاته محـاولات الانتحـار وتشـويه الـذات والعـدوان الموجـه للآخرين (الذي يشمل إيذاء الأطفال أو الاعتداء والاغتصـاب والإدمـان) والشفاء في هذا الاضطراب لا يكتمل بوجه عام .

التشخيص :

- يتميز اضطراب الهوية الانشقاقي تشخيصياً بالسمات الآتية :
- وجود اثنتان أو أكثر من الهويات المحددة أو حالات الشخصية (وكل منهـا لهـا نمطهـا النسـبي مـن الفهـم والعلاقـات والتفكيـر حـول الـنفس والبيئة المحيطة) .
- اثنتـان علـى الأقـل مـن هـذه الهويـات أو حـالات الشخصـية تتكـرر سيطرتها على سلوك الشخص .
- عـدم القـدرة علـى تـذكر معلومـات شخصـية هامـة بصـورة شـديدة لا يمكن أن تفسر كنسيان معتاد .
- الاضطراب ليس تـأثيرات فسيولوجية مباشـرة لمـادة (مثـل الانسـمام بالكحول الذي يحدث Blackouts) أو بسبب حالة مرضية جسـدية (مثل نوبة صرعية جزئية مركبة Complex Partial Seizures -) وفي الأطفال لا تعزى أعراض الاضطراب إلى لعب خيالي .

التشخيص التفريقي :

النساوة النفسية والشراد النفسي : لا يوجد فيهما الانتقال المتكرر المميز للهوية وعادة محدودة بنوبة قصيرة واحدة .
الاضطرابات الذهانية : التي قد تتشابه مع اضطراب تعدد الشخصية بتقرير الشخص أنه محكوم أو متأثر بآخرين أو سماع أصوات.
اضطراب الشخصية الحدية : قد تشبهها في عدم ثبات الوجدان وصورة النفس والسلوك مع الأشخاص ، الذي قد يميز اضطراب الشخصية الحدية .
التمارض : لا يمكن التمييز بينهما دون الاستعانة بملاحظات المحيطين به .

انتشار اضطراب الهوية الانشقاقي :

لقد أشارت الدراسات الحديثة إلى أن هذا الاضطراب ليس نادراً كما كان يعتقد من قبل، وأكثر شيوعه في مرحلة المراهقة المتأخرة ومطلع الشباب، ويكثر أيضاً لدى الإناث منه لدى الذكور، وبين أقارب الدرجة الأولى للمضطربين أكثر من انتشاره بين جماهير الناس بصفة عامة .

الأسباب :

١ – عوامل بيولوجية : لوحظ في دراسة لاضطراب تعدد الشخصية أن (٢٥%) من الحالات لديهم صرع ، وفي دراسة أخرى لوحظ زيادة نشاط الفص الصدغي لقشرة المخ في صورة زيادة تدفق الدم إليه في واحدة من الشخصيات الفرعية وليس في الشخصية الرئيسية .
٢ – عوامل نفسية : لوحظ في عدد من الدراسات أن هناك تاريخ لإيذاء جنسي بصفة خاصة في نسبة (٨٠ %) من الحالات بالإضافة إلى أنواع الإيذاء الأخرى في الطفولة الجسدية والنفسية .

علاج اضطراب تعدد الشخصية :

يعتبر العلاج الناجح لهذه الحالات هو العلاج النفسي الذي يهدف إلى تبصير المريض بصراعاته الداخلية وحاجته النفسية لشخصية أخرى غير شخصيته الأصلية ، وربط ذلك بخبراته السابقة وصدماته النفسية ثم تكامل بين الشخصيات للوصول إلى شخصية واحدة ، كذلك التنويم وعمل جلسات تفريغ تحت تأثير حقن الأميتال يمكن أن يكشف عن صدمات نفسية مكبوتة .

اضطراب تبدد الشخصية Depersonalization Disorder:

يتميز بتغير ثابت ومتكرر في إدراك النفس إلى الحد الذي يفقد الشخص الشعور بواقعيته مؤقتاً، وتوصف من قبل الشخص بشعوره بأنه آلة ، أو كأنه في حلم أو شعوره بالانسلاخ بعيداً عن جسده وكأنه ينظر لنفسه من بعيد ، أو يصف أنواع مختلفة من الخدر الحسي أو الإحساس أنه غير مكتمل السيطرة على أفعاله بما في ذلك كلامه ، فكل هذه المشاعر مناوئة للأنا رغم محافظة الشخص على علاقته بالواقع وفهمه له ، وهذا التغير تكفي شدته لإزعاج الشخص، وليس سببه اضطراب آخر (مثل الهلع أو رهاب الأماكن المتسعة) حيث يمكن أن يكون تبدد الشخصية عرضا مصاحبا لاضطراب آخر . يصاحب تبدد الشخصية كثيراً بتبدد الواقع وهو إدراك الموضوعات (أو العالم المحيط) كأشياء غير مألوفة وغير حقيقية ، حيث يدرك الأشياء متغيرة الشكل أو الحجم أو الناس كموتى أو آلات . يصاحبه أيضاً الدوخة والاكتئاب والاجترارات الوسواسية والانشغال بأعراض جسدية والقلق أو الخوف من أن يصبح مجنوناً واختلال الإحساس الذاتي بالوقت مع شعور أن الاستدعاء صعب أو بطيء .

بداية ومسار الاضطراب وإنذاره :

يبدأ الاضطراب في سن المراهقة أو بداية الرشد ونادراً ما تكون البداية بعد سن الأربعين وغالباً مفاجئة،والمسار مزمناً وتحدث اشتدادات عندما يوجد قلق أو اكتئاب .تتفاوت الإعاقة فقد تكون ضئيلة أو شديدة وقد

تتفاقم الحالة بوجود الأعراض المصاحبة مثل القلق أو الخوف من الجنون ، ومن مضاعفات تبدد الشخصية توهم المرض أو الإدمان.

التشخيص :

١-الشعور الثابت المتكرر بتبدد الشخصية من خلال (أ) و (ب) :

- الشعور بأنه منسلخ عن نفسه ويلاحظها من بعيد سواء عملياتها العقلية أو الجسدية .
- الشعور أنه كالآلة أو كأنه في حلم .

٢ – خلال خبرة تبدد الشخصية يظل فهم الواقع والتصرف على أساسه .

٣ – هذا الاختلال في الشخصية يكفي لأن يسبب إزعاجاً ملحوظاً .

٤ – ليس تبدد الشخصية عرضاً لاضطراب آخر (مثل الفصام والهلع ورهاب الأماكن المتسعة وصرع الفص الصدغي) .

التشخيص التفريقي :

يحدث تبدد الشخصية كعرض في اضطراب الفصام واضطراب الوجدان والاضطراب العقلي العضوي (خاصة متلازمة الانسمام أو الانسحاب) والقلق واضطرابات الشخصية والصرع .

انتشار اضطراب تبدد الشخصية :

تعتبر ظاهرة شائعة جداً وليس بالضرورة أن تكون مرضية فغالباً ما تكون خبرة منفصلة يمر بها الشخص ، فقد أشارت الدراسات إلى أن من يمرون بتبدد الشخصية العابر يصلون إلى (٧٠ %) في مجتمع ما، ويستوي ذلك في الذكور والإناث ، ويكثر حدوثها في الطفولة خلال نمو الوعي بالذات ، وكذلك لدى البالغين عندما يسافرون إلى أماكن جديدة وغريبة عنهم . أما معدل انتشار تبدد الشخصية المرضي فغير معروف لقلة الدراسات في هذا المجال وإن كانت تشير هذه الدراسات القليلة إلى زيادة حدوثه في الإناث عنه بين الذكور .

الأسباب :

١ – عوامل بيولوجية : لقد ارتبط حدوث تبدد الشخصية بالصرع وأورام المخ و بتعاطى العقاقير ذات التأثير النفسي مما أكد أن له أسبابا بيولوجية ، ومنها أسباب أخرى جهازية مثل اضطراب وظيفة الغدة الدرقية والبنكرياس

٢ – عوامل نفسية : حيث يحدث في حالات القلق والاكتئاب والتعرض للضغوط النفسية والصدمات العاطفية وفي تجارب الحرمان الحسي .

علاج اضطراب تبدد الشخصية :

ليست هناك عقاقير تمت تجربتها مع هذا الاضطراب وان كان القلق المصاحب له يتحسن بمضادات القلق ، وكذلك التحليل النفسي أو العلاج النفسي التبصيري يفيد في هذه الحالات ، لكن إذا كان تبدد الشخصية مصاحباً لاضطراب آخر فانه يتحسن بعلاج الاضطراب المسؤول عنه .

البحث الحادي عشر

التراجع الفكري
MENTAL RETARDATION

الدكتور. مازن الخليل

هو متلازمة أي مجموعة من الأعراض تشمل الشروط التالية :
١- يوجد ضعف واضح في القدرة الفكرية (الذكاء) .
٢- يوجد ضعف في السلوك التكيفي .
٣- يجب تواجد ضعف القدرة الفكرية وضعف التكيف بنفس الوقت .
٤- يجب حدوث هذه المظاهر السريرية قبل عمر ١٨ سنة .

قياس الذكاء :

تعريف الذكاء : هو القدرة العقلية الفطرية العامة التي تساعد على التعلم بسرعة واكتساب الخبرة في الأعمال الجديدة ، وتطبيقها فيما يجد من أحداث وإدراك العلاقات الهامة بين عناصر المشاكل المستجدة مما يمكن الشخص من مواجهة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة .

العوامل المؤثرة في الذكاء :

١. الوراثية ٧٠ %.
٢. العوامل البيئية (المحيط) ٣٠ %.
٣. عوامل أخرى :
- الحالة الانفعالية للشخص .
- حدوث مرض عقلي .
- طبيعة ثقافة الشخص .

معدل الذكاء (IQ) =(العمر العقلي / العمر الزمني) × ١٠٠
العمر العقلي = يحدد حسب نتيجة الاختبارات النفسية.
العمر الزمني = هو عمر الطفل الحقيقي .
ينمو الذكاء تدريجياً إلى عمر ١٥ سنة ويتوقف نموه في سن ١٧ سنة ، ويكتسب الفرد بعد ذلك خبرة ومرونة أما ذكاؤه فثابت لا يتغير. أما إذا

تغير بسبب غير خطأ القياس فيكون ناجم عن تغير الحالة النفسية والجسمية للفرد

ويتوزع الذكاء بين الأفراد على النحو التالي :

١- المتراجعين فكرياً ٥ % ويكون معدل الذكاء عندهم أقل من ٧٠ .
٢- الأغبياء ١٥ % ويكون معدل الذكاء عندهم بين ٧٠ – ٩٠ .
٣- متوسطي الذكاء ٦٠ % ويكون معدل الذكاء عندهم بين ٩٠ – ١١٠ .
٤- فوق متوسطي الذكاء ١٥% ويكون معدل الذكاء عندهم بين١١٠ – ١٢٠
٥- الأذكياء جداً ٥ % ويكون معدل الذكاء عندهم بين ١٢٠ – ١٤٠ .
٦- العباقرة ويكون معدل ذكاؤهم فوق ١٤٠ .

تصنيف التراجع الفكري :

صنف حسب المستوى العام للذكاء إلى :
خفيف : معدل الذكاء من ٥٠ – ٧٠ .
متوسط : معدل الذكاء من ٣٥ – ٤٩.
شديد : معدل الذكاء من ٢٠ – ٣٤ .
عميق : معدل الذكاء أقل من ٢٠ .

تقريباً :

- ٨ % من المشخص لديهم تراجع فكري يحتاجون لعناية مستمرة للحفاظ على حياتهم حيث لا يستطيعون التمييز بين السلامة والخطر .
- ١٢ % قادرون على هذا التمييز لكن يظهرون فشلهم حين تتطلب الواجبات اليومية استعمال التواصل الرمزي (كتابة ، قراءة ، حساب) وهي فئة قابلة للتدرب .
- ٨٠ % يمكنهم اكتساب مهارات أساسية معينة في التواصل الرمزي ، ويواجهون الصعوبات فقط عندما تتطلب الأمور التفكير النظري التجريدي أو تتطلب محاكمة عقلية معقدة وهي فئة قابلة للتعلم .

الوبائيـات :

نسبة انتشـاره التراجع الفكـري ١ % من المجمـوع العـام للسكان ، نسبة الذكور إلى الإناث ٦٥ إلى ٣٥ ، تشكل الأنمـاط السـريرية الواضـحة ٢٥ % مـن الحـالات و ٧٥ % مـن الحـالات تشـكل تراجـع فكـري اجتمـاعي ثقافي نادراً ما يكشف قبل دخول المدرسة .

أسباب التراجع الفكري :

١. الانتانات قبل الـولادة : الورديـة الوافدة ، السفلس ، الإيـدز، العقبول داء المقوسات .
٢. الانتانات بعد الولادة : التهاب السحايا ، التهاب الدماغ .
٣. نقص أكسجة الدماغ : يحدث فـي الـولادات المبكـرة ، وفـي أمـراض المشـيمة ، وامتـداد سـاعات الـولادة ممـا يعـرض الطفـل للاختنـاق والزرقة نتيجة نقص الأكسجة ويسبب عطباً دائما في الدماغ .
٤. الأدواء الولادية : الجوع الولادي المفرط ، التعرض للإشـعاع داخـل الـرحم ، انحـلالات الـدم ، إصـابة الطفـل بالسـعال الـديكي والسـعال المسـتمر، ورضوض الجمجمة .
٥. سـوء التغذيـة : نقـص الحريـرات ، نقـص البروتينيـات والحمـوض الأمينية ونقص الفيتامينات .
٦. التسممات : المتلازمة الكحولية عند الجنين التي تنجم عن تنـاول الام لكميات كبيرة من الكحول أثناء الحمل ، وتشمل العديد من التشوهات فـي الجمجمـة والوجـه والأطـراف مـع تراجـع فكـري وتـأخر بـالنمو. تناول الأدوية الماسخة والمشوهة للجنين أثناء الحمل .
٧. الأسباب الاستقلابية :

- داء الغالاكتوزيميا : ينتقل كصفة جسمية مقهورة ، وفـي هذا الـداء لا يكون الوليد قادراً على تحمل الحليـب لأنـه لا يستطيع استقلاب الغالاكتوز الناجم عن تفكك اللاكتوز الموجود في الحليـب . عنـدها يترسب الغالاكتوز في العينين والكبد والجملـة العصبية المركزيـة مؤدياً إلى ساد وتشمع كبد وتراجع فكري . وإذا قدمنا للطفل حميـة خاليـة مـن الغـالاكتوز بوقـت مبكـر فـإن هـذا يـؤدي لتطـور جسـمي وعقلـي طبيعي .

- بيلة الفنيل كيتون : ينتقل كصفة جسمية مقهورة ، وفي هذا الداء هناك عوز كبدي في المجموعة الخمائرية المسؤولة عن إضافة جذر الهيدروكسيل للفنيل ألانين ويتظاهر بـ : تراجع فكري ، فرط حركية ، سلوك انطوائي ذاتي ، اختلاجات ، نقص تصبغ الجلد والشعر، أكزيما ، انبعاث رائحة خاصة من الطفل وللسيطرة على الداء يجب تقديم حمية قليلة الفنيل ألانين حتى عمر الخمس سنوات .
- نقص إفراز الغدة الدرقية : تظهر أعراضه بعد الأشهر الأولى من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من الأم . ويتظاهر بـ : هبوط حركي ، غلظة وجفاف الجلد ، تضخم اللسان ، خشونة الصوت بروز البطن ، سقوط الأشعار ، تراجع فكري شديد . إن عولج الطفل في السنة الأولى يشفى من كل هذه الأعراض ، وينمو نمواً سوياً أما إذا لم يعالج تتحسن الأعراض الجسمية ويستمر التخلف العقلي .

٨- الأسباب الصبغية :

- متلازمة داون (المنغولية) : هي من أكثر الأنماط السريرية شيوعاً ولادة من كل ٧٠٠ ولادة، تكثر بين أطفال من أمهات فوق الأربعين ، وتتميز بوجود صبغيات شاذة زائدة في الزوج ٢١ من خلايا الجسم ، وبذلك يزيد عدد الصبغيات إلى ٤٧ بدل ٤٦ في الخلية الواحدة ، تتظاهر برأس صغير مع عيون منغولية الشكل ، ضخامة اللسان مع تشققات عرضية فيه ، أحياناً نراه في العينين ، يكون الكف مربع مع وجود خط عرضي واحد و تكون الأصابع قصيرة ، شق كبير في أسفل القدم بين الأصابع الكبرى وباقي الأصابع ، بروز البطن ، تشوهات قلبية وراثية ، وهؤلاء عرضة للعدوى والأمراض المختلفة ، يتراوح ذكاؤهم بين ٣٠ – ٥٠ ويميلون للمرح والموسيقى غالباً. يحدث لدى معظم هؤلاء المرضى في سن العشرين تغيرات نسجية في الدماغ تشبه تغيرات داء ألزهايمر. وعند إنجاب الأم لطفل مصاب بتثلث الصبغي ٢١، يقترح إجراء بزل وتحليل السائل الأمنيوسي في الحمول التالية.
- متلازمة تبادل المكان بين الصبغين ٢١ و ١٥ : ثلث حالاتها تكون موروثة ، لذا من المهم إجراء تحليل وراثي للوالدين عند الشك

بتبادل المكان ، والمظاهر السريرية هي جزء من مظاهر متلازمــة داون .

- متلازمة الصبغي الجنسي x الهش : وذلك لوجود موضع هش في نهاية الذراع الطويل للصبغي x . وهذه المتلازمــة تسبب تخلف عقلي خاصة للذكور. لدى النساء الحاملات لهذا الصبغي خطورة إنجاب طفل متراجع فكريا بنسبة ٥٠ % ، ونسبة الإصابة ١ من كل ١٠٠٠ ولادة . هذا يعني أن هذا المرض هو السبب الصبغي الثاني بعد متلازمة داون فــي إحداث التراجع الفكري . مظاهره السريرية : أذنين كبيرتين ، وجه متطاول ، تواصــل عيني سيء، اضطراب اللغة والكلام ، مشاكل سلوكية . يوجد نسبة عالية مــن الإصابة بالسلوك الانطوائي الذاتي بين المتراجعين فكريا المصابين بهذه المتلازمــة .

٩- متلازمات أخرى :

التصلب الحدبي : وارثة قاهرة ، تراجع فكري مع جمرات على الوجه على هيئة فراشة مع نوبات صرعية.
الدماغ البقرية أو تأنف الرأس : تطاول الجمجمة مع جحوظ عينين مع ارتفاع سقف الحلق مع تراجع فكري متوســط إلى خفيف .
صغر الدماغ : جمجمة صغيرة بشكل متفاوت بالقياس إلى باقي الجسم مع تراجع فكري شديد إلى متوسط .
استسقاء الدماغ : كبر حجم الرأس مع زيادة السائل الدماغي الشوكي مع ضمور في أنسجة الدماغ بسبب ضغط السائل الدماغي الشوكي ، يسبب تراجع فكري شديد ، قد يفيد إجراء مجازة صماميــة دماغية قلبيــة لخفض ضغط السائل الدماغي الشوكي .
العته العائلي المظلم (داء تاي ساكس) : عمى تدريجي مع اضمحلال عقلي وضمور العصب البصري مع شلل في كل الجسم ينتهي بالوفاة في سنوات بسيطة .
متلازمة ستيرج ويبر : تراجع فكري مع وحمة دموية على الوجه
متلازمات أخرى : الداء الليفي العصبي ، الحثل العضلي التأثري الولادي ،حثل المادة البيضاء والكظر،الاصطباغ المتبدل ،تناذر ليش نيهان ،حثل دوشن العضلي ،أدواء الخزن .

١٠- عوامل جسمية وبيئية : نقص العناية بالحامل وسوء التغذية ، نقص العناية بالصحة العامة ، ونتيجة ذلك يتعرض هؤلاء الأطفال لمختلف العوامل الضارة بالصحة من انتانات ورضوض وانسمامات .

١١- تجارب الطفولة الباكرة : هؤلاء الأطفال عادة غير مرغوب بهم وغير مخطط لهم. ينشؤون في منازل منهارة اجتماعياً يغيب عنها الأب ومن أمهات غير مؤهلات جسدياً وعاطفياً ، ويقضون معظم فترة الطفولة دون رعاية ، ويؤكد معظم الباحثين على الأهمية الإمراضية الكبيرة لهذه التجارب
بشكل عام كلما كان العمر الذي يوضع فيه التشخيص أبكر كلما كانت درجة التراجع الفكري أشد وكلما ازدادت إمكانية كشف عوامل إمراضية معينة .

علاج التراجع الفكري :

وضع تشخيص دقيق وتحديد السبب إن أمكن ذلك ، ومعالجته إذا كان قابلاً للعلاج .
إقناع الوالدين بأن ابنهما مصاب بالتراجع الفكري وعادة لا يقبل الوالدان هذه النتيجة ، ويصران على ذكاء طفلهما رغم كل البراهين .
تأهيل الطفل في المعاهد الخاصة بالمتراجعين فكرياً حتى يتم استغلال كل قدراته الذكائية . وفي هذه المعاهد تتم المحاولات لتمرينه على العادات الاجتماعية اللائقة ، والسلوك السوي ، والأعمال الروتينية البسيطة والحرف اليدوية التي لا تحتاج لمهارة فائقة ، وإذا كان ذكاؤه قريبا من الحد الفاصل لا مانع من تمرينه على بعض القراءة والكتابة والحساب .
يجب أن يواصل الأهل رؤية أبنائهم وألا يفقدوا الأمل وأن يعملوا على إسعاد هؤلاء الأبناء .
عادة ما يكون هؤلاء الأطفال قانعين سعداء بأعمالهم البسيطة وإنجازاتهم القليلة إذا وجدوا التشجيع الكافي وعوملوا حسب قدراتهم الذكائية ووضعوا في البيئة المناسبة .
وعادة الارتقاء في الكلام عند هؤلاء الأطفال يحتاج إلى اختصاصيين بالتخاطب، والارتقاء في الكتابة والحساب إلى اختصاصيين بالتنمية الفكرية ، والارتقاء المهني إلى اختصاصيين

فـي التـدريب المهنـي لهـؤلاء الأطفـال . وجمـيعهم يجـب أن يتحلـوا بالصـبر حتـى يوصـلوا هـؤلاء الأطفـال إلـى أفضـل مرحلـة ارتقائيـة ممكنة .

البحث الثاني عشر

طب نفس الأطفال
CHILD PSYCHIATRY

الدكتور. مازن الخليل

يختلف الطب النفسي في الأطفال عنه في الكبار، نظراً لصعوبة فحص الطفل سريرياً بالطرق المعروفة خاصة المحادثة، فغالباً ما يقاوم الطفل أي محاولة للتعرف عليه، ويعترض على تدخل الناس في عالمه الخاص، وعلى الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة للتعرف على بعض صراعات الطفل ومنها مشاهدته ، وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة ، وعلى الطبيب محاولة التكلم مع أي طفل يزيد عمره على ست سنوات من خلال الحديث عن أحلامه ومخاوفه ومحتوى تفكيره ، أما التاريخ الموضوعي للمرض أو للعائلة أو الصراعات الناشئة فيجب أخذها من الوالدين أو الأقارب .

اضطرابات الارتقاء النفسي : تقسم إلى :

١- الاضطرابات الارتقائية المحددة :
- الاضطرابات الارتقائية المحددة في الكلام واللغة .
- الاضطرابات الارتقائية المحددة في المهارات الدراسية .
- اضطرابات ارتقائية محددة في وظيفة الحركة .

٢- الاضطرابات الارتقائية الشاملة أهمها:
- اضطراب التوحد .
- اضطراب RETT .
- متلازمة ASPERGER .

الاضطرابات الارتقائية المحددة في الكلام واللغة :
SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SPEECH AND LANGUAGE

هي اضطرابات تختل فيها الأنماط الطبيعية لاكتساب اللغة منذ المراحل المبكرة في الارتقاء ، دون أن يكون هناك خلل في الآليات العصبية أو

آليات الكلام مباشرة أو خلل حسي أو تخلف عقلي أو عوامل بيئية . لها عدة أشكال .

١- اضطراب نطق الكلام المحدد

SPECIFIC SPEECH ARTICULATION DISORDER

ينبغي أن يكون الطفل متمكناً من كافة الأصوات الكلامية بحلول سن الثانية عشر. يستخدم هذا التشخيص فقط حين تتجاوز شدة اضطراب النطق الاختلافات الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل العقلي ، ويكون الذكاء غير اللفظي في الحدود الطبيعية،كما يكون سوء النطق غير طبيعي بشكل واضح في اطار الاستخدام الدارج للغة بيئة الطفل .

٢-اضطراب اللغة التعبيرية

EXPRESSIVE LANGUAGE DISORDER

أو عسر الكلام أو حبسة ارتقائية : هو اضطراب ارتقائي محدد تقل فيه قدرة الطفل على استخدام اللغة المنطوقة التعبيرية كثيراً عن المستوى المناسب بالنسبة لعمره العقلي، ولكن بقاء فهم اللغة في اطار الحدود الطبيعية، ويتظاهر سريرياً: ارتقاء محدود في حصيلة الكلمات، الاستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية، صعوبة في اختيار كلمات مناسبة أو كلمات بديلة مناسبة، قصر فترات الكلام.

٣-اضطراب اللغة الاستقبالية

RECEPTIVE LANGUAGE DISORDER

أو حبسة فيرنكة الاستقبالية : نسبة انتشاره ٣–١٠ % من أطفال المدارس . هو اضطراب ارتقائي محدد يقل فيه فهم الطفل للغة عن المستوى المناسب لعمره العقلي ، وفي كل الحالات تقريباً تختل بشدة اللغة التعبيرية وتشيع العيوب في اصدار الأصوات الكلامية . ومن المؤشرات التشخيصية :

- الفشل في الاستجابة للأسماء المألوفة في غياب تلميحات غير لفظية بحلول السنة الأولى .
- عدم القدرة على التعرف على بعض الأشياء المألوفة بعمر ١٨شهر.
- الفشل في متابعة تعليمات بسيطة روتينية بعمر السنتين. عدم فهم التراكيب النحوية (النفي، السؤال الأمر) ، عدم فهم جوانب أكثر دقة في اللغة (نبرة الصوت والاشارة) .

٤- الحبسة المكتسبة مع الصرع

ACQUIRED APHASIA WITH EPLIEPSY

(متلازمة لاندو – كليفنر) : هو اضطراب يفقد فيه الطفل كل من مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ، بعد أن يكون قد سبق له أن أنجز تقدماً طبيعياً في ارتقاء اللغة، ولكن مع احتفاظه بالذكاء العام ، وتصاحب بداية الاضطراب نوبات شاذة في تخطيط الدماغ الكهربي (مصدرها غالباً الفص الصدغي في الجانبين)،وفي أغلب الحالات نوبات صرعية. غالباً ما تكون البداية بين ٣ – ٧ سنوات. والعلاقة بين بداية النوبات الصرعية وبداية فقدان اللغة تختلف كثيراً ، إذ يسبق أي منهما الآخر بفترة تتراوح بين بضعة شهور وعامين، ومن المميز جداً أن يكون الخلل في اللغة جسيماً (يصاب بعض الأطفال بالخرس ، والبعض يصدر أصواتاً لا معنى لها، والبعض عيوباً أخف شدة) .

الاضطرابات الارتقائية المحددة في المهارات الدراسية

OTHER DEVELOPMENTAL DISORDERS OF SCHOLASTIC SKILLS

تتضمن مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات معينة واضحة في تعلم المهارات الدراسية ، وليست ناجمة بشكل مباشر عن اضطرابات أخرى مثل التراجع الفكري أو خلل عصبي جسيم أو مشاكل بصرية أو سمعية أو اضطرابات وجدانية، علماً أنها يمكن أن تحدث بشكل متزامن مع هذه الحالات . السمة التشخيصية الضرورية ظهور الاضطراب بشكل ما أثناء سنوات الدراسة المبكرة . لها عدة أشكال هي:

١. اضطراب القراءة المحدد SPECIFIC READING DISORDER: يتراوح انتشاره بين ٢ – ٨ % من أطفال المدارس. ويتضمن القراءة المتأخرة ، عسر القراءة الارتقائي. ويظهر ذلك خلال الأخطاء في مهارات القراءة الشفهية منها :

- اسقاطات أو استبدالات أو تشويهات أو اضافات في الكلمات أو أجزاء الكلمات.
- معدل قراءة بطيء.
- بدايات خاطئة أو تأتآت طويلة.
- تقسيم غير دقيق للجمل.
- عدم القدرة على استعادة المعلومات المقروءة.
- عدم القدرة على الوصول الى استنتاجات أو استدلالات من المادة المقروءة.

وتعتمد مشكلة القراءة المحددة على مستوى القراءة المتوقع وعلى اللغة والخط المكتوب.

٢. الاضطراب الهجائي المحدد SPECIFIC SPELLING DISORDER : هو اضطراب سمته الرئيسية خلل واضح في ارتقاء مهارات الاستهجاء الشفهي وكتابة الكلمات بشكل صحيح. وتميل أخطاء الاستهجاء لأن تكون دقيقة بشكل واضح من الناحية الصوتية . ويجب أن تكون مهارات الطفل في القراءة طبيعية فيما يتعلق بالدقة و الفهم.

٣. اضطراب المهارات الحسابية المحدد
SPECIFIC DISORDER OF ARITHMETICAL SKILLS
يتضمن هذا الاضطراب خلل محدد في المهارات الحسابية لا يمكن تفسيره على أنه تراجع فكري أو بسبب ضعف التدريس ويشمل الخلل المهارات الحسابية الأولية كالجمع والطرح والضرب والقسمة أكثر من المهارات الحسابية الأكثر تجريدية مثل عمليات الجبر أو الهندسة أو المثلثات أو التفاضل والتكامل.

٤. اضطراب محدد مختلط في المهارات الدراسية
MIXED DISORDER OF SCHOLASTIC SKILLS
يتميز باختلال واضح في كل من المهارات الحسابية ومهارات القراءة أو الاستهجاء . ولكن الاختلال لا يمكن تفسيره بتراجع فكري عام أو تعليم غير وافي.

علاج الاضطرابات الارتقائية المحددة في الكلام واللغة والمهارات الدراسية:

التدريب الخاص بواسطة مجموعة من الاختصاصيين في التخاطب والتعليم والتربية.
مدارس خاصة لتوجيه وتدريب هؤلاء الأطفال.

الاضطراب الارتقائي الخاص بوظيفة الحركة
SPECIFIC DEVELOPMENTEL DISORDER OF MOTOR FUNCTION

السمة الرئيسية هي اختلال شديد في ارتقاء التناسق الحركي، لا يفسر بواسطة تراجع فكري أو أي اضطراب عصبي معين خلقي أو مكتسب. ومن المعتاد أن يصاحب الحركة الخرقاء درجة ما من اختلال الأداء في المهام المعرفية الخاصة بالتعرف البصري على المكان.
ينتشر هذا الاضطراب بنسبة تبلغ حوالي ٦ % من الأطفال بعمر ٥ – ١١ سنة.
يصيب الحركات الدقيقة أو الكبيرة أو الاثنين معا بنسب مختلفة. ومن الأشكال المشاهدة بهذا الاضطراب :

- طريقة سير غريبة.
- بطء تعلم الجري والقفز وصعود وهبوط الدرج.
- صعوبة تعلم : ربط الحذاء، فتح و إغلاق الأزرار، قذف والتقاط الكرة.
- إسقاط الأشياء من اليد، التعثر، الارتطام بأشياء في طريقه.
- يكون خط الطفل سيئا وكذلك مهارات الرسم.
- ضعف في ممارسة الألعاب التركيبية.

الاضطرابات الارتقائية الشاملة
PERVASIVO DEVELOPMENTAL DISORDERS

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل وبمخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف، وتنتشر بنسبة ١٠ – ١٥ طفل في كل عشرة آلاف.

تصاحب هذه الاضطرابات في بعض الحالات الأمراض التالية: الاختلاجات الطفلية، الحصبة الالمانية الخلقية، التصلب الحدبي، تشحم الدماغ، حالة الصبغي X الهش، التهاب الدماغ.ومع ذلك إن تشخيص هذه الاضطرابات يجب أن يستند إلى سمات سلوكية بغض النظر عن وجود أو غياب حالات عضوية مصاحبة.

أولا: اضطراب التوحد CHILDHOOD AUTISM (تناذر كانير) :

هو اضطراب ارتقائي شامل يصيب الأطفال في باكورة العمر، مؤدياً الى انطواء الطفل على نفسه ومحاولة تجنب الآخرين بشكل فاعل ، مع وجود صعوبات في التواصل معهم ، وانزعاج الطفل من أي تغيير قد يحدث في حياته ، وافتتانه بالأشياء الجامدة وخاصة بأجزاء منها . ومعاملة الناس وكأنهم أشياء جامدة . نسبة انتشاره (٤ / ١٠٠٠٠) ونسبة إصابة التوأم الحقيقي ٤٠ % وهذا ما يدل على عامل وراثي ، يوجد اضطرابات إدراك لدى أقارب الطفل المصابين بالتوحد . ونسبة إصابة الذكور إلى الإناث هي ٤ / ١.

أهم الملامح الأساسية في التوحد :

- يبدأ غالباً قرابة السنة الثالثة من العمر وقد يكون التطور حتى هذه السن طبيعي أو غير طبيعي.
- ضعف وتأخر النمو في التفاعل والتواصل الاجتماعي أي عدم استجابة الطفل وعدم تفاعله مع الآخرين حتى أبويه وتجنبهم بشكل فاعل ، فهو لا ينظر اليهم على الاطلاق بل يبدو وكأنه يركز بصره على نقطة تبعد عدة أميال.
- تأكيد وسواسي على عدم التغيير وتكرار الفعاليات والاهتمامات بالأشياء الجامدة، ويظهرون العديد من التصرفات الطقوسية المتكررة (فتح الباب واغلاقه باستمرار لعدة ساعات، تشغيل الضوء واطفائه لعدة ساعات تقليب أوراق مجلة لعدة ساعات).
- ان كل الأطفال المصابين بالتوحد تقريباً يبدون سروراً واهتماماً باللعب بالماء.
- يتعاملون مع الناس وكأنهم أشياء جامدة (يستخدم ذراع أمه كعصا لجلب أشياءه).

- لغة هؤلاء الأطفال غريبة (صداء لفظي، يتكلم عن نفسه وكأنه شخص آخر، بعضهم لا يتكلم أبداً ، تطور شاذ لطبقة الصوت).
- قدرات غير معقولة (طفل بعمر ٥ سنوات يقرأ صحيفة دون أخطاء علما أنه لا يفهم ما يقرأ).
- الدور الخيالي في اللعب كثيرا ما يكون غائباً، وعادة يكونون وحيدين خارج محيطهم، لا يحبون مشاركة الآخرين من أقرانهم.

المظاهر المرافقة للاضطراب التوحدي :

- تراجع فكري متوسط الشدة (٣٥ – ٥٠) وحوالي ٧٥ % من الأطفال التوحديين معاقين ، ويوجد لديهم نقص في نمو المهارات المعرفية.
- غالباً ما يكون التوحديين محدودي النشاط، قليلي الانتباه، متهورين، عدوانيين ، لديهم سلوك مؤذي.
- شذوذات في الأكل والنوم والمزاج (أكل الطين، هزة أثناء النوم، قهقهة بدون سبب).
- نقص في الخوف من الخطر الحقيقي.
- تصرفات شاذة مثل ضرب الرأس ، عض اليد أو المعصم.
- الاكتئاب في أول سن الرشد حيث يحدث لديهم استبصار بحالتهم.
- موجودات غير طبيعية في تخطيط الدماغ الكهربائي مع نوب اختلاج بنسبة ٢٥ %.

ثانيا : اضطراب RETT :

خلال الدراسات والأبحاث المستمرة على الأطفال المصابين بالتوحد ، وجد أن بعض هؤلاء الأطفال تظهر لديهم اصابات بعد فترة من النمو الطبيعي لعدة أشهر بعد الولادة ، فيبدأ لديهم تباطؤ في نمو الجمجمة مع ظهور حركات نمطية لدى الأطفال . بالاضافة لوجود اضطرابات اختلاجية وشذوذ في موجودات التخطيط الدماغي الكهربائي . نسبة انتشاره أقل من اضطراب التوحد ويحدث غالبا لدى الاناث ، ولم يثبت دور للعامل الوراثي في الإصابة حتى الآن.

أهم الملامح السريرية لاضطراب RETT:

قبل بدء الاصابة :

- نمو طبيعي قبل الولادة وأثناء الولادة ظاهرياً.
- نمو نفسي حركي طبيعي خلال أول خمسة أشهر بعد الولادة ظاهرياً.
- محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

بعد فترة من النمو الطبيعي :

تباطؤ نمو الرأس بين عمر (٥ – ٤٨) شهراً.
خسارة المهارات المتعلمة الهادفة المكتسبة من قبل، مع ظهور حركات نمطية على شكل يد الغسالة.
فقد الارتباط الاجتماعي في بداية ظهور المرض.
مشاكل في التحكم بالمشي أو في المركز الرئيسي للحركة.
ضعف شديد في التعبير وتطور الاستقبال اللغوي مترافق مع تخلف نفسي حركي وخيم.
تراجع فكري شديد وعميق.
نوب اختلاجية مرافقة ٧٥% من الحالات.

ثالثا: متلازمة ASPERGER :

هو اضطراب ارتقائي شامل قريب من التوحد ولكن يتميز عنه بعدم وجود تأخر أو تراجع عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي، وعادة ما تظهر لدى الذكور.

العلاج :

- قد يفيد العلاج النفسي العميق واختراق الحاجز العاطفي الذي يفصل الطفل عن باقي العالم.
- ظهرت أخيراً نتائج مشجعة من الملامسة والدفء العاطفي واحتضان الطفل لمدة طويلة من قبل الأم والأب تحت الاشراف النفسي والتربوي، رغم رفض الطفل لذلك.
- المعالجة السلوكية : تعديل السلوك من خلال تنمية السلوك الملائم وانقاص السلوك غير الملائم.
- تعليم الطفل مهارات للقيام بحاجاته الضرورية ومهارات للعمل.

- العلاج الدوائي : هالوبيريدول ٠,٥-١,٥ملغ / اليوم.كاربامازبين أو ديباكين حسب وزن الطفل والمعايرة المصلية.ريتالين (مثيل فينيدات هدروكلورايد) ٥– ١٠ ملغ / يوم.

اضطرابات سلوكية وانفعالية ذات بداية متعلقة بالطفولة والمراهقة :

اضطرابات عجز الانتباه – فرط النشاط (اضطرابات فرط الحركة) HYPERKINETIC DISORDERS.
اضطرابات السلوك CONDUCT DISORDERS.
اضطرابات مختلطة في السلوك والانفعالات
MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS
اضطرابات انفعالية ذات بداية محددة في الطفولة
EMOTIONAL DISORDERS
اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة
DISORDERS OF SOCIAL FUNCTIONING

اضطرابات عجز الانتباه – فرط النشاط :

هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بالتالي :
بداية مبكرة : خلال الخمس سنوات الأولى من العمر. ولدى الذكور أضعاف الإناث.
إن عدم الانتباه الشديد وفرط النشاط ضروريان للتشخيص . يتظاهر عدم الانتباه بفقدان المثابرة في النشاطات التي تستدعي اندماجاً معرفياً وميل إلى الانتقال من نشاط إلى آخر دون الانتهاء منه، مشاكل مع نظام ما لتجاوزهم الدائم للقواعد نتيجة عدم انتباههم .
يتظاهر فرط النشاط بالضجر المفرط في المواقف التي تستدعي هدوء نسبي قد يصل تبعاً للموقف إلى حد الركض أو القفز حول المكان أو الوقوف عندما يستدعي الأمر أن يظل جالساً، أو الكلام والضجيج المفرط،أو التململ والتلوي عندما يكون الطفل في مكانه.
يجب أن تظهر الخصائص السابقة في أكثر من موقف واحد (المنزل الصف، العيادة) كما تستمر ثابتة لفترة من الوقت.

أما السمات المصاحبة فهي ليست كافية أو ضرورية للتشخيص ولكنها تساعد في التأكيد عليه :
عدم الكبت في العلاقات الاجتماعية، الاستهتار في بعض مواقف الخطر، الاستهزاء بالقواعد الاجتماعية، كما يتضح في التطفل على الآخرين، أو مقاطعتهم في نشاطهم، أو التلفظ المبكر باجابات لأسئلة لم تستكمل بعد، صعوبة في احترام الأدوار وانتظارها، عدم المبالاة والاندفاعية، غير محبوبين بين الأطفال الآخرين وقد يصبحون أسرى المنازل.

ملاحظة: (تحدثنا عن هذا الاضطراب هنا بشكل منفرد، ولكن غالباً مايكون مرافقاً لاضطرابات ارتقائية شاملة أو للتخلف العقلي).

العلاج :

العلاج النفسي والأسري مع وسائل تعليمية تربوية خاصة.
الامفيتامينات : ريتالين (مثيل فينيدات) – بيمولين – ديكستروامفيتامين. لكن يجب الحذر من الادمان والأرق وفقدان الشهية لذلك لا بد من ضبط الجرعة لكل طفل.
الليثيوم، هالوبيريدول، كاربامازبين و ديباكين.

اضطرابات السلوك :

تتميز بنمط متكرر ومستمر من السلوك غير الاجتماعي أو العدواني أو التحدي ، قد يصل الى حد الاختراقات العظيمة لما هو مناسب لعمر الطفل والمنتظر منه اجتماعياً وبالتالي فهو أشد من العبث أو الازعاج العادي أو تمرد المراهقة ويجب أن يستمر هذا النمط الثابت من السلوك لمدة ستة أشهر أو أكثر.
تتضمن السلوكيات التي قد يستند اليها التشخيص ما يلي : معدلات مفرطة من الشجار أو المضايقة ، القسوة على الآخرين أو على الحيوانات ، تدمير مفرط للملكية ، اشعال الحرائق ، السرقة ، الكذب المتكرر، الهروب من المدرسة ومن المنزل ، نوبات مزاج عصبية شديدة وكثيرة، عدم طاعة شديد و مستمر.

١. اضطراب سلوك مقتصر على اطار العائلة :

اضطرابات شديدة في علاقة الطفل بواحد أو أكثر من أعضاء عائلته خاصة زوجة أب جديدة أو زوج أم جديد. يجب أن لا يكون هناك أي دلالة على اضطراب سلوك خارج اطار العائلة ، وعلاقاته الاجتماعية طبيعية خارج اطار العائلة.

٢. اضطراب سلوك غير متوافق اجتماعياً: يتميز بسمتين أساسيتين :

- سلوك غير اجتماعي أو عدواني مستمر.
- اضطراب واضح في علاقات هذا الطفل مع الأطفال الآخرين، حيث لا ينخرط مع مجموعة أقرانه، يستدل على ذلك بالانعزال عنهم أو الرفض من قبلهم.أما علاقاته مع الراشدين تتميز بالخلاف والعدوانية والرفض واذا وجدت علاقات طيبة مع راشدين فلا تصل الى درجة الحميمية.

٣. اضطراب سلوك متوافق اجتماعياً: يتميز بسمتين أساسيتين:

- سلوك غير اجتماعي أو عدواني مستمر.
- للطفل مجموعة أقران ينتمي اليهم، يكن لهم الوفاء ويكون معهم صداقات معمرة، هذه المجموعة تكون متورطة في نشاطات منحرفة وغير اجتماعية ولها ثقافة تحتية ينتمي اليها أعضاؤها.
- وتحت هذه الفئة نجد : الهروب الجماعي من المدرسة، السرقة بالاشتراك مع الآخرين، العضوية في عصابة.

٤. اضطراب المعارضة المتحدية :

- السمة الأساسية لهذا الاضطراب هي نمط من السلوك الرافض العدواني المتحدي الاستفزازي الفوضوي المستمر الذي يتجاوز بوضوح الاطار الطبيعي لسلوك طفل في نفس العمر ونفس الاطار الثقافي والحضاري، ويميل المصابون بهذا الاضطراب الى تحدي طلبات أو قواعد الراشدين واغضاب الآخرين عن عمد، وإلى الغضب والامتعاض والاغتياظ السهل بواسطة الآخرين.
- والميزة الجوهرية عن باقي أنواع اضطرابات السلوك هي غياب السلوك الخارق للقوانين وللحقوق الأساسية للآخرين كما يحدث في حالات السرقة والقسوة والاضطهاد والاعتداء والتدمير.

الاضطرابات المختلطة في السلوك والانفعالات :

تتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بالجمع بين سلوك عدواني أو ضد اجتماعي أو تحد مستمر وبين أعراض شديدة من الاكتئاب أو القلق أو مضايقات أخرى في المشاعر.

- اضطراب السلوك الاكتئابي : يجمع هذا الاضطراب بين اضطراب السلوك مع اكتئاب مستمر وشديد في المزاج، ويستدل على ذلك بأعراض مثل البؤس الشديد، فقدان الاهتمام والاستمتاع بالنشاطات المعتادة، لوم النفس وفقدان الأمل، وقد تتواجد اضطرابات النوم والشهية.
- اضطراب مختلط آخر في السلوك والانفعالات : يجمع هذا الاضطراب بين اضطراب السلوك وبين أعراض انفعالية مستمرة وشديدة مثل القلق أو الوساوس أو الأعراض القهرية أو تبدد الشخصية أو تبدد الواقع أو الرهاب أو توهم المرض.

الاضطرابات الانفعالية ذات البداية المحددة في الطفولة :

لقد اتفقت نتائج الأبحاث على أن أغلبية الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية يصبحون راشدين طبيعين، وأن اضطرابات عصابية راشدة كثيرة تظهر بدايتها في الحياة الراشدة، وذلك دون أن يكون لها أي سوابق مرضية نفسية واضحة في الطفولة،وبالتالي هناك انقطاع إلا نادراً بين الاضطرابات الانفعالية التي تحدث في هاتين المرحلتين من العمر.

تبدو الاضطرابات الانفعالية في الطفولة كمبالغات في الارتقاء الطبيعي أكثر من كونها ظواهر مرضية محددة. وهي أقل وضوحاً في انقسامها الى مجموعات افتراضية معينة مثل حالات الرهاب أو الاضطرابات الوسواسية.

أولا: اضطراب قلق الانفصال في الأطفال
SEPARATION ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD

السمة التشخيصية الجوهرية هي قلق متمركز حول الانفصال عن الأفراد الذين يلتصق بهم الطفل (عادة الأهل أو أفراد آخرين في العائلة) ، و لا يمثل جزءاً من قلق عام بشأن مواقف متعددة ويتميز بالآتي :

- انزعـاج غيـر واقعـي يشـغل بـال الطفـل بشـأن أذى محتمـل يصـيب الأشــخاص شــديدي الالتصــاق بــه، أو خــوف مــن أن يتركــوه و لا يعودون.
- انزعاج غير واقعي يشغل بال الطفل بأن حدثاً مشؤوماً سوف يفصـل بينه وبين شخص شديد الالتصاق بـه، كـأن يفقد الطفل أو يخطـف أو يدخل المشفى أو يقتل.
- رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة خوفاً من الانفصال.
- رفـض مسـتمر للـذهاب إلــى النـوم بـدون وجـود الشـخص شـديد الالتصاق به.
- خوف دائم من البقاء وحيداً دون وجود الشخص شديد الالتصـاق بـه في المنزل.
- كوابيس متكررة حول الانفصال.
- الظهور المتكرر لأعراض جسمية (غثيان، صداع، ... الخ) فـي مناسبات الانفصال عن الشخصية اللصيقة مثل الذهاب الى المدرسة.
- ضيق شديد ومتكرر يظهر على شكل قلق أو بكاء أو نوبـات عصـبية أو انسحاب اجتماعي عند (توقع أو أثناء أو مباشرة بعد) الانفصـال عن الشخصية الملتصق بها.

ثانيا : اضطراب القلق الرهابي في الطفولة

P HOBIC ANXIETY DISORDER OF CHILDHOOD

يستخدم هذا الاضطراب لتشخيص المخاوف الخاصـة بمرحلـة ارتقائيـة معينة عندما تستوفي المعايير الاضافية التالية :

درجة القلق غير طبيعية سريرياً، القلق ليس جزءاً من اضـطراب أكثـر عمومية وكمثال على هذا الاضطراب (رهاب الحيوانات ورهـاب الظـلام عند الأطفال).

ثالثا : اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة

OCIAL AMXIETY DISORDER OF CHILDHOOD

يظهر قبل عمر ٦ سنوات، ويبدي الأطفال المصــابون بهذا الاضـطراب خوفا مستمراً أو متكرراً من الغرباء أو تجنباً لهم أو الاثنين معاً، ويكـون هذا الخوف على درجة تتجاوز الحدود الطبيعية بالنسبة لعمر الطفل.

رابعا : اضطراب تنافس الأخوة

SIBLING RIVLARY DISORDER

يستخدم هذا التشخيص اذا كان :

- بدايته في الشهور التالية لولادة أخ أصغر.
- يشير الخلل الانفعالي لوجود تنافس مع الأخ الأصغر أو غيرة منه.
- خلل في المشاعر غير طبيعي في درجته واستمراره ويصاحبه خلل نفسي اجتماعي.
- يتظاهر على شكل مباراة بين الأخوة لجذب انتباه الأهل.

وفي الحالات الخفيفة : امتعاض شديد من مشاركة الأخ ، افتقار للاعتبار الايجابي للأخ ، فقر في التفاعلات الدافئة مع الأخ .

وفي الحلات الشديدة : عدوانية واضحة واصابة جسيمة للأخ ، حقد نحو الأخ أو تقليل من شأنه.

ويتظاهر باضطراب انفعالي على شكل: نكوص مع فقدان للمهارات السابقة (مثل التحكم في التبرز أو التبول أو الميل نحو السلوك الطفولي) ، تقليد أخاه الرضيع، نوبات عصبية وعسر مزاج على شكل بؤس أو قلق أو انعزال اجتماعي، اضطراب نوم.

العلاج :

يعتمد العلاج في كل الحالات السابقة على العلاج النفسي الفردي والأسري ووسائل تربوية خاصة وأساليب خاصة في المعاملة وأحيانا نستعمل مضادات القلق والاكتئاب والصرع.

اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة أو المراهقة :

هي مجموعة من الاضطرابات المتباينة الى حد ما، والتي تشترك بوجود خلل في الأداء الاجتماعي، وتصاحب هذه الاضطرابات عادة تشوهات بيئية شديدة أو أشكال شديدة من الحرمان والتي يحتمل أن تلعب دوراً في احداث هذه الاضطرابات.

الصمات الاختياري : يتميز بانتقائية في الكلام تحكمها المشاعر. بحيث أن الطفل يظهر جدارته اللغوية في بعض المواقف ولكن يعجز عن الكلام في مواقف أخرى. يظهر لأول مرة في بداية الطفولة ويحدث في الجنسين بنفس المعدل تقريباً. ولتشخيص هذا

الاضطراب يجب أن يستمر العجز عن الكلام لفترة من الوقت كما يجب أن يكون هناك ثبات في القدرة على التنبؤ بالمواقف التي سوف يحدث فيها أو لا يحدث فيها الكلام. يشيع لدى هؤلاء الأطفال الحساسية الاجتماعية والقلق الاجتماعي والانعزال الاجتماعي والسلوك المعارض.

اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة : يبدأ هذا الاضطراب في السنوات الخمس الأولى من العمر. السمة الجوهرية هي نمط شاذ من العلاقات مع المعتنين بالطفل ، ويتكون قبل سن الخمس سنوات الأولى ويتضمن سمات سوء تأقلم لا تشاهد عادةً في الأطفال الطبيعين ، إلا أنه قد يستجيب الى تغيرات كافية الشدة في أنماط التربية. يبدي هؤلاء الأطفال استجابات شديدة التناقض والتردد، وتكون أكثر وضوحاً في أوقات الفراق واللقاء ، فقد يستجيب الطفل بنظرة كارهة أو بالنظر بعيداً أو بخليط من الاقتراب والاجتناب ومقاومة الطمأنة للمعتنين به، لديه اضطرابات انفعالية تظهر من خلال البؤس الواضح وفقدان الاستجابة العاطفية والاستجابات الانعزالية والاستجابات العدوانية والخوف وفرط التنبه وقد يصل الى درجة فرط الترقب.

ويظهر هذا الاضطراب دائماً بوجود :

- سوء معاملة (عقوبة قاسية).
- اهمال نفسي (عدم التجاوب مع مبادرات الطفل).
- اهمال جسدي (عدم مراعات احتياجات الطفل الأساسية، عدم توفير الغذاء الملائم).

ويجب الحذر عند وضع هذا التشخيص بغياب دليل سوء المعاملة أو الاهمال النفسي أو الجسدي.

اضطراب التعلق المنفلت في الطفولة : يبرز خلال الخمس سنوات الأولى من العمر. يبدو بعمر سنتين على شكل سلوك التصاق وتعلق عام وغير انتقائي وبعمر أربع سنوات يتحول سلوك الالتصاق الى سلوك باحث عن لفت الانتباه والود. يظهر بوضوح في الأطفال الذين تمت تربيتهم في مؤسسات منذ الطفولة المبكرة ولكنها قد تحدث في مواقف أخرى. وعادة لديهم صعوبة في تشكيل علاقات وثيقة حميمة مع الأقران. اذا استقرت الحالة تميل الى الاستمرارية بالرغم من التغيير في الظروف البيئية.

اضطرابات العرّات TIC DISORDERS :

العرة : هي حركة عضلية غير إرادية سريعة ومتكررة وغير ايقاعية، تقوم بها مجموعة محددة من العضلات، ذات بداية مفاجئة و لا تخدم أي غرض واضح يمكن كبتها لفترات متفاوتة من الوقت. العرات نوعان : حركية و صوتية وكل منهما نوعان بسيطة و مركبة.

- العرات الحركية البسيطة الشائعة : طرفة عين، رجة رقبة، هزة كتف، لوي قسمات الوجه.
- العرات الحركية المركبة الشائعة : ضرب الذات، القفز، الحجل.
- العرات الصوتية البسيطة الشائعة : تصفية حلق، نباح، فحيح.
- العرات الصوتية المركبة الشائعة : بذاءة، جلجلة، أصوات انفجارية.

تظهر العرات في الأولاد الذكور أكثر من الاناث، كذلك يشيع وجود تاريخ عائلي.

- اضطراب العرات العابر : لا يستمر لأكثر من اثني عشر شهراً، وهو الأكثر شيوعاً، يزيد معدل حدوثه بعمر أربع الى خمس سنوات، وعادة تكون العرات حركية بسيطة.
- اضطراب العرات الحركية أو الصوتية المزمن : يستمر لفترة أطول من سنة، وعادة تكون العرات حركية أو صوتية.
- متلازمة توريت (العرات الصوتية والحركية المتعددة المشتركة) : هو شكل من اضطراب العرات، يتميز بعرات حركية متعددة وواحد أو أكثر من العرات الصوتية و لا يشترط تزامنها. كثيراً ما تزداد الأعراض أثناء المراهقة ومن الشائع أن تستمر الى الحياة الراشدة. كثيراً ما تكون العرات الصوتية متعددة مع أصوات انفجارية متكررة وتصفية حلق ونخر وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة. أحياناً تصاحب الحالة اصدار حركة اشارية قد تكون لها طبيعة فاحشة (بذاءة الحركة) ٠

العلاج :

العلاج السلوكي : تكرار العرات أمام المرآة عدة مرات حتى تصبح ارادية أكثر منها لا شعورية.

العلاج الدوائي : ١- هالدول. ٢- بيموزايد. ٣- انافرانيل.
٤- بروزاك. ٥- كتابرس.

اضطرابات أخرى في السلوك والمشاعر تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة :

تتضمن هذه الفئة مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تشترك في خاصية أنها تبدأ في الطفولة.

١- التبول اللاإرادي غير العضوي

NONORGANIC ENEURESIS

قد يحدث منذ الولادة أو قد يظهر بعد فترة من التحكم المكتسب في المثانة. لا يشخص قبل عمر أربع سنوات. ويجب أن يحدث الافراغ اللاإرادي للبول عدة مرات على الأقل في الأسبوع. ينتشر هذا المرض بين الأطفال خاصة الذكور بنسبة ٣-٨ % من كل الأطفال، وتزداد نسبة الحدوث في المستويات الاجتماعية الفقيرة والطبقات ذات الدخل المحدود.

لهذا المرض أهمية كبيرة في تكوين الشخصية، إذ أن التحكم في التبول والتبرز من أول الصراعات بين الغرائز البدائية ومذاهب اللذة وبين حاجات وتقاليد المجتمع ومذاهب الواقع. فاذا فشل الفرد في حل هذا الصراع نتج اضطراب واضح في الشخصية وفقدان الثقة في الذات والانعزال وظهور علامات عصابية.

عند وضع التشخيص يجب استبعاد عدم التحكم بالمثانة نتيجة اضطراب عصبي أو نوبات صرعية أو عيب في مجرى البول.

أهم الأسباب النفسية :

- القلق النفسي .
- عامل المنافسة والغيرة من ولادة طفل أصغر واهتمام الأسرة بالطفل الجديد.
- تعرض الطفل أثناء النهار لصرعات مختلفة مع احباط وكبت لانفعالاته.

العلاج :

الامتناع عن الايذاء والعقاب والتهديد ، لأن هذا السلوك غير مثمر.

فهم صرعات الطفل ومساعدته على التعبير عن انفعالاته ومشاكله الخاصة ، وتفسير ذلك للعائلة وتوجيهها للمعاملة الصحيحة.

العقاقير الخافضة لعمق النوم مثل البلادونا والرتيالين.
العقاقير المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقة: تربتزول، انافرانيل، توفرانيل بمقدير ٢٥ – ٧٥ ملغ مساء بسببب آثارها المضادة للكولين والتي تؤدي الى ارتخاء عضلات جدار المثانة وتشنج معصرات عنق المثانة وبسبب تقليلها لدرجة القلق والاكتئاب وأخيراً لأنها تخفض مستوى عمق النوم.
علاج سلوكي شرطي : استعمال جرس رنان، يرن عند بدء الطفل بالتبول فيستيقظ الطفل، و تدريجياً يستيقظ الطفل عند امتلاء المثانة بدون جرس.
علاج جراحي بقطع حزمة ليفية تحيط بمراكز تعصيب المثانة في الحبل الشوكي ولم يثبت علمياً وعملياً.

٢- التبرز اللاارادي غير العضوي

NONORGANIC ENCOPRESIS

هو المرور اللاارادي لبراز طبيعي أو قريب من الطبيعي في تكوينه، وعادة في أماكن ليست ملائمة لهذا الغرض بالقياس الى الوضع الاجتماعي أو الثقافي للفرد نفسه. وتبرز الحالة بعدة أشكال :

- افتقاد التدريب الكافي على التبرز، أو عدم الاستجابة المناسبة للتدريب، مع تاريخ للفشل الدائم في اكتساب تحكم وافي في التبرز.
- تحكم وظيفي طبيعي في التبرز ولكن لسبب ما هناك ممانعة أو مقاومة أو عجز عن العمل طبقاً للمعايير الاجتماعية بالتبرز في أماكن مقبولة.
- احتباس البراز لفترة طويلة ثم اخراجه في أماكن غير مناسبة. وينجم الاحتباس عن شجارات بين الطفل وأهله حول التدريب على التبرز، أو بسبب الألم المصاحب للتبرز كنتيجة لوجود شق شرجي مثلاً.
- يرافق التبرز اللاارادي أحياناً تلطيخ للجسد أو للبيئة الخارجية بالبراز وأحياناً ملامسة للشرج بالاصبع أو ممارسة العادة السرية.
- عادة ما يكون السبب النفسي تعبيراً عدوانياً من الطفل نحو أمه.

العلاج : فهم وتفسير العدوان تجاه الأم، أحياناً اعطاء بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة في الشرج.

٣-اضطراب الأكل في الطفولة المبكرة : يتضمن بشكل عام :

رفض الطعام وهزال شديد بالرغم من توفر الطعام وكفاءة الرعاية وغياب مرض عضوي.
قيء متكرر دون غثيان أو مرض في المعدة والأمعاء.

٤-الوحم للطعام غير الطبيعي في الطفولة :

هو الأكل المستمر لمواد غير مغذية (طين، نشارة خشب، رمل، دهان، ٠٠٠ الخ) وهنا نتكلم عنه كاضطراب نفسي منفرد، وليس كجزء من اضطراب نفسي شامل مثل الذاتوية والتراجع الفكري.

٥-اضطرابات الحركة النمطية :

هي حركات ارادية ومتكررة ونمطية وغير وظيفية وغالباً ايقاعية لها عدة أشكال : أرجحة الجسم، هز الرأس، شد الشعر، لوي الشعر، نقر الأصابع، التصفيق. ولها أشكال مؤذية للذات : ارتطام الرأس المتكرر، الضغط على العين، عض الأيدي أو الشفاه أو أجزاء أخرى من الجسم.

٦-اضطرابات الكلام :

سوء طلاقة النطق : وهو ما يعرف بالتأتأة أو الفأفأة، هو تكرار بعض الأحرف أو مقاطع من كلمات، أو توقف مفاجيء في انطلاق الكلام ليتخلله هسيس أو نخير، يؤدي إلى قطع الانسياب الايقاعي للكلام . قد يتزامن مع حركات في الوجه أو أي جزء من الجسم.نسبة الانتشار بين الأطفال بعمر ٦ – ١٢ سنة هي ١% تقريباً .

أسبابه :

- تلف أو عطب وظيفي في مراكز الكلام في الدماغ .
- المنافسة بين فصي الدماغ السائد وغير السائد ويشاهد ذلك عند الطفل الأعسر عندما تحاول عائلته الضغط عليه للكتابة باليد اليمنـى يحدث عنده سوء طلاقة بسبب صراع نصفي الدماغ .
- القلق النفسي حيث يختفي الاضطراب عندما يقرأ لوحده ويزيد أمام الناس ، وهي علامة على فقدان الثقة بالذات واضطراب في التوافق الاجتماعي .

يبدأ الاضطراب عادة بعمر ٣ – ٤ سنوات ويزداد وضوحاً في بداية المنافسة بينه وبين زملائه في المدرسة ، وفي فترة المراهقة عند الحديث مع الجنس الآخر خاصة .

العلاج :

- العلاج النفسي : فهم مشاكل المريض وتقليل درجة التوتر المصاحبة للحالة .
- العلاج السلوكي : يعتمد على نقطة أساسية أن التأتأة تزداد عندما يستمع المريض الى ذاته . يسجل المريض كلامه أثناء قراءة أحد الموضوعات ثم يكرر قراءة ما سجله أثناء استماعه لصوته في التسجيل، فنلاحظ تحسناً واضحاً في القراءة الثانية من جراء توقف استماعه لكلامه الذاتي . وتدريجياً يعزز التحسن ثقته وينخفض القلق .
- المعالجة بالتخاطب من قبل أخصائي بالعلاج التخاطبي يعطي نتائج مشجعة .
- في الحالات التي يوجد فيها شذوذ تخطيط دماغ كهربائي وهي ٤٦ % يفيد استعمال العقاقير المضادة للصرع .

اللجلجة : هو معدل سريع في الكلام مع انقطاع في انسياب الكلام بدون تكرارات ، وعلى درجة من الشدة تؤدي الى خلل في وضوح الكلام مع ظهور كلام غريب وعسير الايقاع (كلام ليس له هيكل نحوي) .

٧-اضطرابات الجنس :

يجب الحرص على ألا يكون الطفل عرضة للملامسة الجسدية والقبلات المستمرة بعد سن الثالثة أو الرابعة ، حتى لا يتكون عنده ترابط شرطي باللذة المصاحبة للتلامس الجسدي .

٨-اضطرابات سلوك أو مشاعر أخرى محددة تبدأ عادة في الطفولة أو المراهقة :

نقص انتباه بدون فرط حركة ، ممارسة العادة السرية ، قضم الأظافر نخر الأنف ، رضاعة الإبهام .